



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Avaliação da Cultura de Segurança do paciente no Luanda Medical Center

Curso Mestrado em Gestão de Saúde

Célia Jacira Furtado Fernandes

Fevereiro, 2019



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Avaliação da Cultura de Segurança do paciente no Luanda Medical Center

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestre em Gestão da Saúde realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Paulo
Sousa

Fevereiro 2019

"To create a true culture of safety and reliability we need to engage everyone, and it can only be driven when we have strong alignment. Everyone can play a role in safety." Gary Yates, M.D.

**Dedico esta dissertação aos
meus pais (“Meu porto seguro”),
Ana Maria & Fernandes**

Agradecimentos

A presente dissertação é fruto de muitas horas de trabalho e não podia deixar de agradecer a todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para leva até ao fim.

Em primeiro lugar, agradecer ao meu orientador, Professor Paulo Sousa, pelo conhecimento transmitido, pela paciência e principalmente pela incansável orientação mesmo a distância. Muito obrigada por não me deixar desanimar e ainda incentivar a fazer o Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente.

À Dra. Marta Ornelas, que autorizou a utilização do seu instrumento de recolha de dados.

À Doutora Isabel Andrade pela ajuda com o processo de referenciação.

Ao Dr. Michael Averbuck, por permitir que eu realizasse esse estudo no Luanda Medical Center e a todos os profissionais de saúde da instituição que se disponibilizaram a participar no estudo, sem eles este estudo não seria possível.

A minha família e amigos por todo o apoio incondicional e por contribuírem para o meu bem-estar.

Aos meus amores Danilo e Daniella porque eles são a minha luz e fonte de inspiração e é por eles que luto para me tornar uma pessoa melhor todos os dias e espero enchê-los de orgulho.

Muito obrigada!

Resumo

A segurança do paciente é um problema de saúde atual que enfrenta muitas nações, incluindo Portugal e Angola. Portanto, existe a necessidade de possíveis soluções e estratégias para melhorar o atendimento recebido pelos pacientes. Melhor atendimento também deve ser seguro; assim, as iniciativas de segurança estão ligadas a programas de melhoria da qualidade. Algumas das soluções propostas para aumentar a qualidade e a segurança são o uso de práticas de segurança do paciente e a criação de um Sistema de Resposta Rápida.

O estudo presente baseou-se na noção de que promover a cultura de segurança do paciente está no centro de cuidados de saúde de qualidade, pois é um determinante crítico da capacidade de uma instituição prestar cuidados que atendam e excedam as necessidades de saúde dos pacientes, suas famílias e da comunidade como um todo. Em geral, é imperativo que todas as organizações de saúde adotem e melhorem a cultura de segurança do paciente, pois a cultura de segurança do paciente está associada a benefícios que incluem a melhoria da segurança do paciente, redução dos custos de saúde e incidência de eventos adversos e melhoria a qualidade geral do atendimento ao paciente.

O presente estudo é observacional, transversal, descritivo e analítico, visa avaliar a cultura de segurança dos pacientes do Luanda Medical Center e identificar oportunidades de melhoria no contexto da segurança do paciente. A população do estudo é composta por 77 profissionais que trabalham na Luanda Medical Center cuja opinião foi recolhida através de um questionário sobre "Avaliação da segurança dos pacientes", traduzido, adaptado e validado para o português. Os resultados obtidos no estudo indicam que, do ponto de vista da equipa de saúde, existe uma cultura de segurança na instituição com potenciais melhorias em todas as dimensões e aspectos da cultura de segurança do paciente.

Os participantes revelaram que suas decisões de cuidado são frequentemente influenciadas pelo que é melhor para a instituição e não pelo que é melhor para os pacientes, uma decisão que pode se tornar cara.

Palavras-chave: Cultura de segurança, segurança do paciente, qualidade, gestão em saúde

Abstract

Patient safety is a current health issue facing many nations including Portugal. Therefore, there is a need for possible solutions and strategies to improve the care received by patients. Better care should also be safe; thus, safety initiatives are linked to programs of quality improvement. Some of the proposed solutions to increase quality and safety are the use of patient safety practices and the creation of a Rapid Response System.

The present study was premised on the notion that promoting patient safety culture is at the heart of quality health care as it is a critical determinant of an institution's ability to provide care that meets and exceeds the health needs of patients, their families, and the community. In general, it is imperative that all health organizations adopt and improve the safety culture of the patient. This is attributed to the fact that patient safety culture is associated with benefits that include improving patient safety, reducing health costs and the incidence of adverse events, and improving the overall quality of patient care.

In the proposed study, that is observational, transverse, descriptive and analytical, aims to evaluate the safety culture of patients in Luanda Medical Center and identify opportunities for improvement in the context of patient safety. The study population is made up of 77 professionals who work at Luanda Medical Center whose opinion was collected through a questionnaire on "Assessment of the Safety of Patients", translated, adapted and validated into Portuguese. The results obtained in the study indicate that, from the perspective of the health team, there is a safety culture in the facility with potential improvements in all dimensions and aspects of the patient safety culture.

Participants revealed that their care decisions are often influenced by what is best for the institution rather than what is best for the patients, a decision that can become expensive.

Keywords: Safety culture, patient safety, quality, health management

ÍNDICE

Agradecimentos	ix
Resumo	x
Abstract	xi
Lista de tabelas	xv
Lista de figuras	xv
Introdução	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Segurança do doente	3
2. Eventos adversos	5
3. Cultura de Segurança	6
3.1 Subculturas	8
3.2 Barreiras para relatar eventos adverso	10
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	12
1. Objectivos	12
1.1 Objectivos gerais	12
1.2 Objectivos específicos	13
2. Desenho do estudo	13
2.1 Tipo de estudo	13
2.2 População do estudo	13
3. Instrumento de recolha de dados	14
4. Estratégia de recolha de dados	14
5. Estratégia de tratamento de dados	14
5.1 Confiabilidade	15
5.2 Comparação	16
6. Considerações éticas	16
CAPÍTULO III – RESULTADOS	17
1. Apresentação de Resultados	17
1.1. Confiabilidade	25

1.2. Comparação	25
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	30
1. Discussão dos resultados	30
2. Limitações do estudo	33
3. Recomendações para estudos futuros	35
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO	35
Bibliografia	37
ANEXOS	41
Anexo I	41
Anexo II	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição de frequências das características dos participantes da pesquisa.....	18
Tabela 2 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção A (a qualidade e a segurança dos doentes) pelos participantes da pesquisa	19
Tabela 3 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção B (troca de informação com outros serviços) pelos participantes da pesquisa.	20
Tabela 4 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção C (no seu local de trabalho) pelos participantes da pesquisa.	21
Tabela 5 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção D (Comunicação e seguimento) pelos participantes da pesquisa.....	22
Tabela 6 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção E (gestão/direção) pelos participantes da pesquisa.	24
Tabela 7 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção F (o seu local de serviço) pelos participantes da pesquisa.	25
Tabela 8 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção G (avaliação geral) pelos participantes da pesquisa.	26
Tabela 9 – Alfa de Cronbach das seções do instrumento aplicado.	27

Índice de Figuras

Figura 1 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção A (a qualidade e a segurança dos doentes) pelos participantes da pesquisa.....	28
Figura 2 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção B (troca de informação com outros serviços) pelos participantes da pesquisa.....	28
Figura 3 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção C (no seu local de trabalho) pelos participantes da pesquisa.....	29
Figura 4 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção D (Comunicação e seguimento) pelos participantes da pesquisa.....	30
Figura 5 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção E (gestão/direção) pelos participantes da pesquisa.....	30
Figura 6 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção F (o seu local de serviço) pelos participantes da pesquisa.....	31
Figura 7 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção G (avaliação geral) pelos participantes da pesquisa.....	31

INTRODUÇÃO

Promover a cultura da segurança do paciente foi percebido como o coração de cuidados de saúde de qualidade. É um determinante crítico da capacidade de uma instituição prestar cuidados que atendam e excedam as necessidades de saúde dos pacientes, suas famílias e a comunidade como um todo. A cultura da segurança do paciente é produzida quando um indivíduo, bem como atitudes, valores, competências, percepções e padrões comportamentais que determinam o nível de comprometimento, proficiência e estilo da gestão de segurança dos profissionais de saúde. Muitas vezes, os pacientes são expostos a procedimentos, ambientes, produtos, sistemas e práticas que os predispõem a uma ampla gama de questões de segurança.

Como resultado, existe a necessidade de adoção de iniciativas de melhoria da segurança do paciente que se concentrem em minimizar sua exposição a esses riscos para sua melhor recuperação. Para que isso seja alcançado, as políticas, práticas e procedimentos de melhoria da segurança devem ser integrados na cultura organizacional. Isso garante que todas as partes interessadas no sistema de saúde incorporem esses princípios em seus valores, práticas, atitudes, crenças e percepções para uma melhor entrega de saúde para os pacientes. As organizações de saúde também têm de apresentar as intervenções para melhorar a cultura da segurança do paciente. Isto é baseado no fato de que a melhoria contínua da qualidade faz parte das iniciativas que as organizações de saúde precisam abraçar para a realização da qualidade desejada na prestação de cuidados de saúde. Por conseguinte, é fundamental que a natureza da cultura da segurança dos doentes e as formas de melhorá-la nas instituições de saúde em Angola e no mundo sejam examinadas a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos necessitados.

Nessa perspectiva, de preocupação pela segurança do paciente e qualidade em saúde nas instituições em Angola, surge a necessidade de aumentar o conhecimento nessa área contribuindo como uma mais-valia para o Luanda Medical Center através da avaliação da cultura de segurança e identificação de oportunidades de melhoria.

Avaliação da cultura de segurança do paciente é muito importante do ponto de vista da gestão da saúde porque permite identificar áreas de fragilidade, onde devemos introduzir melhorias ao nível da segurança do paciente.

O presente estudo é observacional, transversal, descritivo e analítico, e tem como objectivo avaliar a cultura de segurança do paciente do Luanda Medical Center.

A população em estudo é constituída por todos os profissionais que exercem funções no Luanda Medical Center.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário de “Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes nos cuidados de saúde primários na Região Autónoma da Madeira”, traduzido, adaptado e validado para língua portuguesa por Ornelas (1). Os dados foram recolhidos através desse questionário autorrespondido. Os procedimentos ético-legais para a realização do estudo foram cumpridos com o pedido de autorização para a utilização do questionário à autora.

O tratamento estatístico foi realizado no programa informático IBM SPSS Statistics versão 24.

A presente investigação apresenta-se estruturada em cinco capítulos.

O capítulo I é, dedicado ao enquadramento teórico e tem como base a pesquisa efectuada na literatura.

O capítulo II é, dedicado a metodologia do estudo, será apresentado o objetivo geral e os objetivos específicos, o desenho do estudo, instrumento de recolha de dados, estratégia de recolha de dados e descrição da estratégia de tratamento de dados.

No capítulo III, serão apresentados os resultados obtidos com a informação recolhida com o questionário realizado no Luanda Medical Center.

No capítulo IV, serão discutidos os resultados obtidos com a literatura estudada, suas limitações e recomendações para estudos futuros.

O capítulo V, é dedicado às principais conclusões deste trabalho.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Segurança do paciente

Todos os sistemas de saúde no mundo têm o objetivo comum de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados médicos, independentemente das diferenças de recursos, prioridades, responsabilidades e estrutura. O mundo reconhece que a segurança do paciente é um componente essencial dos cuidados de saúde. Consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança do paciente é uma questão essencial em muitos países. Instituições de saúde em todo o mundo involuntariamente ou ocasionalmente prejudicam seus pacientes. Segundo Leape, cerca de 4% a 17% do total dos internamentos hospitalares levam a eventos adversos e metade deles são evitáveis (2). Portanto, a segurança do paciente é uma questão desafiadora que precisa de atenção. A secção revê a literatura relevante sobre as ameaças, desafios e oportunidades que a segurança do paciente enfrenta principalmente em Portugal.

O sistema de saúde de Portugal, como outros países, enfrenta desafios significativos para melhorar a segurança dos pacientes. No entanto, a agência de saúde do país está ciente e preocupada com as questões de segurança do paciente, o que demonstra seu compromisso em minimizar os danos não intencionais do paciente. O governo de Portugal revigorou, nos últimos anos, a acreditação e responsabilização hospitalar. Como resultado, os hospitais aumentaram seu compromisso com a segurança e a qualidade, o que foi demonstrado em diferentes áreas (3). Por exemplo, há um aumento no uso de sistemas de aprendizado e notificação de eventos adversos, utilização de sistemas automáticos de administração de medicamentos e prescrições eletrônicas, prevenção de quedas de pacientes e redução de infecções associadas a cuidados de saúde como *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA).

A segurança do paciente é uma questão central no sistema de saúde português, que está assente num modelo de tipo Serviço Nacional de Saúde (SNS), centrado no paciente, abrangente e acessível a todas as pessoas (3). Além disso, o Ministério da Saúde criou o Departamento de Qualidade na Saúde na dependência da Direção Geral de Saúde que foi responsável por definir e implementar a estratégia para a qualidade em saúde, o programa de acreditação, entre outras iniciativas (3). Uma das ações que demonstraram o compromisso do departamento com a melhoria da qualidade de saúde foi precisamente a definição de uma

estratégia de dez anos para iniciativas de melhoria da qualidade e a segurança do paciente foi um dos principais focos. O movimento demonstrou a importância da qualidade na agenda política.

Muitos países estimularam iniciativas para abordar a questão da segurança nos cuidados de saúde. Embora os problemas de segurança não devam ser subestimados, é importante reconhecer que os sistemas de atenção à saúde têm lidado com problemas de escaras e infecções pós-operatórias, que estavam sob garantia de qualidade (4). O paradigma da segurança apresentou novos métodos de lidar com o risco, mas as instalações devem descartar ou negligenciar métodos de melhoria da qualidade. Segurança e qualidade são dois lados de uma moeda. Enquanto a qualidade otimiza a eficácia dos cuidados de saúde, a segurança aborda a redução dos riscos resultantes da prestação de cuidados de saúde (5). Portanto, eles são métodos complementares que abordam a maioria dos problemas do paciente nos sistemas de saúde.

A primeira abordagem para a segurança do paciente é a aplicação de equipamentos e práticas nas instalações que minimizam os eventos adversos para os pacientes. Segundo Reime e outros, a implementação de práticas de segurança do paciente pode reduzir significativamente os eventos que levam ao dano ao paciente (6). Essas práticas são mudanças padronizadas que foram comprovadas e avaliadas por meio de ensaios controlados. Os prestadores de saúde podem ser treinados nas várias práticas de segurança do paciente, como administração de antibióticos profiláticos corretos uma hora antes da cirurgia do paciente, lavagem e higienização das mãos antes de entrar em contato direto com o paciente e identificação adequada dos pacientes usando a data de nascimento e nome.

A outra abordagem é desenvolver um sistema de resposta rápida, que será responsável por identificar e responder rapidamente aos pacientes em deterioração (7). A abordagem requer treinamento de enfermeiros sobre os critérios de verificação de sinais vitais, bem como o estabelecimento de uma equipe de emergência médica de especialistas que podem ser chamados por um médico ou enfermeiro para prestar cuidados intensivos. No entanto, essas mudanças precisam de mais pessoal, negociações e recursos, mas provavelmente reduzirão enormemente os eventos adversos nos hospitais.

2. Eventos Adversos

A cultura da segurança do paciente também está associada à redução da ocorrência de adversidades em uma instituição de saúde. Isso pode ser visto em um estudo de Najjar, Nafouri, Vanhaecht e Euwema, onde foi descoberto que a cultura de segurança do paciente contribuiu para uma redução nos eventos adversos relatados em hospitais na Palestina. Algumas das intervenções utilizadas pelos hospitais que participaram deste estudo para reduzir as adversidades incluíram trabalho em equipa, aprendizagem organizacional, comunicação aberta e estilos de liderança eficazes (8).

De acordo com Hazan, cultura de segurança do paciente aumenta o uso de relatórios de incidentes em uma instituição de saúde. Isso se deve principalmente ao melhor trabalho em equipa, adoção efetiva de liderança e sistemas que promovem a comunicação aberta, o que permite que os profissionais de saúde assumam a responsabilidade de promover a segurança em seu local de trabalho (9). Além disso, a adoção da cultura de segurança do paciente em uma instituição reduz os custos incorridos tanto pelos pacientes quanto pela organização de saúde. Isso é atribuído ao fato de que a cultura de segurança reduz ou elimina a ocorrência de adversidades, como erros de medicação e qualquer outra forma de dano que possa afetar a recuperação do paciente (10). Consequentemente, a duração dos internamentos hospitalares e cuidados especializados adicionais para os pacientes é reduzida, o que reduz os custos que poderiam ter sido incorridos pelos principais interessados na área da saúde.

É suficiente dizer que, no final das contas, os profissionais de saúde são suscetíveis a eventos traumáticos que inevitavelmente podem ter um efeito adverso sobre sua produtividade e, mais importante, sobre o impacto emocional nos pacientes e na sua profissão (11). Consequentemente, o resultado de tal cenário é multifacetado, com numerosos efeitos como litígios, reclamações e reclamações às comissões de ética (12). Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde que sofrem esses efeitos adversos precisem passar por algum tipo de suporte, a fim de atenuar esse efeito sobre a segurança do paciente (13). Isso foi bem analisado em um estudo realizado por Trent *et al*, que realizou um estudo que avaliou o sucesso do programa de apoio à saúde da segunda vítima de uma instituição e algumas das melhores práticas percebidas como sendo os interesses ideais para essas experiências traumáticas (13).

Como observado anteriormente, as consequências dos efeitos adversos acima incluem litígios que frequentemente teriam um efeito indesejável na psicologia do médico, uma vez que perderiam o foco em seu trabalho sobre o litígio iminente (14). A esse respeito, o serviço de

saúde precisa auxiliar o profissional de saúde de tal maneira que tais efeitos indesejados de litígio não afetem sua produção.

No centro da noção de efeitos adversos está o impacto emocional do mesmo. Por exemplo, Gazon *et al*/realizaram um estudo sobre o impacto de catástrofes peri-operatórias em antologistas, onde se observou que há muito pouco conhecimento sobre a natureza exata do impacto, tanto a curto como a longo prazo. De um modo geral, opinou-se que, de facto, tal efeito adverso teve impacto no profissional de saúde no que diz respeito à sua capacidade de cumprir suas obrigações com os pacientes (15). Tal constatação foi igualmente repetida por Larson & Elliott, que opinaram que, muitas vezes, os enfermeiros não seriam preparados pelo impacto emocional imprevisível que advém do litígio como resultado de más práticas de sua parte, como resultado de efeitos adversos em sua vida pessoal (16). É a partir de tais preocupações que tem havido pedidos para que os sindicatos e as instituições de saúde busquem assistência médica quando cometem erros médicos.

3. Cultura de Segurança

Geralmente, a maioria dos estudos concorda com a definição de que a cultura envolve a forma como as pessoas fazem suas tarefas ou atribuem tarefas. A cultura de segurança cobre normas compartilhadas, ideias, crenças e valores fundamentais compartilhados relacionados ao modo como os *stakeholders* de uma organização se comportam e realizam seus trabalhos (17). Como resultado, fica claro que a cultura de segurança do paciente é parte de toda a cultura praticada em uma organização. Inclui aspectos como valores, crenças, práticas, atitudes, características comportamentais e padrões dos profissionais de saúde, e isso afeta sua atitude ao lado de comportamentos relacionados ao desempenho contínuo da organização em questões de segurança do paciente (18).

A cultura de segurança do paciente está associada a três componentes que incluem apenas cultura, cultura de aprendizagem e cultura de relatórios (19). Só na cultura, aspectos dos comportamentos organizacionais aceites e não aceites são claramente definidos e a responsabilidade e a justiça são fortemente promovidas para gerar confiança entre as partes interessadas. Uma cultura de relatórios suporta o relato de erros organizacionais e problemas de segurança. Caracteriza-se também pela fixação dos problemas e erros identificados. Na cultura de aprendizagem, as partes interessadas nas organizações são incentivadas a aprender com os erros e quaisquer problemas relacionados à segurança(19).

Cumulativamente, esses componentes visam garantir que um nível ótimo de segurança do paciente seja promovido em uma organização de saúde.

A cultura da segurança do paciente está associada a benefícios significativos para pacientes, profissionais de saúde, organizações de saúde e comunidades como um todo. Um deles é a segurança do paciente melhorada. Assim, estudos mostraram que a cultura de segurança do paciente está associada a comportamentos clínicos que incluem prestadores de serviços de saúde relatando eventos adversos, redução de eventos adversos e taxas gerais de mortalidade devido a erros. Além disso, a cultura de segurança do paciente contribui para melhorar o desempenho de segurança nas instituições, pois os funcionários têm o poder de relatar qualquer incidência de erros e outras formas de adversidade que possam afetar adversamente a saúde dos pacientes (19).

De acordo com Ghahramanian, cultura de segurança do paciente está associada a cuidados de saúde de alta qualidade, que engloba a priorização das necessidades de segurança do paciente. Neste caso, a cultura de segurança do paciente aumenta a percepção que os pacientes têm em relação à qualidade do atendimento, em relação ao atendimento de suas necessidades. Além disso, aumenta outros aspectos, cuidados de saúde que incluem a fiabilidade, garantia e capacidade de resposta, cuidados que promovem a segurança do paciente nas unidades de saúde (20).

É importante considerar que os efeitos adversos destacados acima geralmente são feitos por profissionais competentes e dedicados que trabalham em configurações hospitalares que são desorganizadas em questões relacionadas à segurança do paciente e do profissional de saúde. Tal motivo é reforçado por Ornelas, Pais & Sousa, que defendem a adoção de uma cultura de segurança como meio de mitigar os efeitos adversos (21).

Evidentemente, ecoando os sentimentos de Aranaz-Andrés et al., é imperativo que as unidades de saúde adotem uma cultura de segurança, especialmente no que diz respeito ao impacto e à prevenção de eventos adversos que, quando ocorrem, levam à morte, aumento da permanência hospitalar, sofrimento e incapacidade, todas com o efeito indesejado de aumentar a quantidade de recursos usados em um paciente, mais do que o inicialmente planejado. Nesse sentido, tais consequências de efeitos adversos podem ser mitigadas se as unidades de saúde adotarem determinadas medidas de mudança em seus processos (22).

Considerando que tem havido ceticismo sobre a noção de que a cultura de segurança na indústria da aviação não pode ser espelhada para a do sistema de saúde, Gordon, Mendenhall & O'Connor são da opinião de que, enquanto as duas indústrias são realmente diferentes, a lição aprendida em a indústria da aviação pode ser facilmente transposta para o setor de

saúde. Isso fica evidente no tempo desafiador que o capitão Sullenberger teve quando pousou o avião no rio Hudson, cuja mente era toda sobre como ele poderia garantir a entrega segura dos passageiros (pacientes) (23). Uma das principais lições aprendidas na indústria da aviação que podem ser adotadas na área da saúde é o conceito do modelo de CRM em comunicação, no qual os *briefings* desempenham um papel importante em um piloto explicando a seus pares algumas das suas experiências com vistas à aprendizagem entre pares -experiência compartilhada (23).

3.1 Subculturas

A cultura da segurança do paciente está associada a sete subculturas, que atuam como fatores que devem estar presentes para que a cultura de segurança desejada seja criada em uma organização. Eles incluem liderança, trabalho em equipe, prática baseada em evidências, comunicação, aprendizado, justiça e foco no paciente (24). Os líderes de uma organização de saúde devem reconhecer o fato de que suas organizações são ambientes de alto risco. Como resultado, eles devem procurar alinhar a visão ou missão, as habilidades de seus funcionários e os recursos humanos existentes com o objetivo geral de criar uma cultura caracterizada pela promoção da segurança do paciente.

Um espírito de trabalho em equipa ou colaboração ativa entre as partes interessadas deve ser promovido para que a cultura desejada de segurança do paciente seja estabelecida. Isso cria relações que são caracterizadas pelo respeito e confiança entre os profissionais de saúde e seus *stakeholders*. Além disso, práticas baseadas em evidências devem ser adotadas para promover a segurança do paciente e a cultura de segurança do paciente. Isso garante que os procedimentos ou intervenções utilizadas para eliminar os riscos nos ambientes de atendimento à saúde sejam padronizados (24). Como resultado, a confiabilidade das intervenções de melhoria da segurança é significativamente melhorada.

Além disso, a comunicação aberta entre os prestadores de cuidados de saúde deve ser promovida. A equipa de um estabelecimento de saúde deve ser capaz de se expressar sem medo de intimidação. Se isso for feito, será criada uma cultura de aprendizado dentro da organização. A equipa e outras partes interessadas aprendem com seus erros e os utilizam como fontes de oportunidades para um melhor desempenho. Além disso, os interessados em saúde entendem o fato de que os erros fazem parte das falhas do sistema, e não das falhas individuais. Consequentemente, os profissionais de saúde apreciam a necessidade para

atendimento focado no atendimento das diversas necessidades dos pacientes. Além disso, eles adquirem uma nova perspectiva na qual o paciente não é apenas uma pessoa que procura assistência médica, mas também um elo entre a instituição de saúde e a comunidade (24). Cumulativamente, essas subculturas apoiam a capacidade das organizações de saúde para alcançar a cultura desejada de segurança do paciente.

Afirmações semelhantes às acima podem ser vistas em um estudo Wami, Demssie, Wassie e Ahmed, onde os participantes relataram que fatores que incluem trabalho em equipa, boa comunicação, feedback de erros, pessoal e duração das horas trabalhadas influenciam a criação da cultura de segurança de um paciente em uma organização. Além disso, os autores identificaram que o sistema, o paciente e os fatores do profissional de saúde influenciam a cultura de segurança do paciente. Fatores do sistema são aqueles que afetam a capacidade dos profissionais de saúde de relatar erros em seu local de trabalho. Eles incluem a disponibilidade de equipamentos e suprimentos que podem ser usados para promover a segurança do paciente, falta de pessoal e alta carga de trabalho. Fatores que foram concebidos para influenciar a cultura de segurança do paciente, incluiu as percepções dos pacientes sobre os cuidados de saúde, o envolvimento do paciente no planejamento e cuidados, e aumentou a consciencialização do paciente quanto às suas necessidades de saúde. Finalmente, os fatores associados aos profissionais de saúde que pareciam influenciar a cultura de segurança do paciente incluíam conflitos entre eles, trabalho em equipa fraco, baixa atitude em relação à necessidade de cultivar a segurança do paciente e comunicação entre eles (25).

Similarmente, Wakefield et al. afirmam que os comportamentos demonstrados por outros profissionais de saúde e uma crença genuína na importância da cultura de segurança de um paciente influenciam a sua decisão de facilitar cultura de segurança do paciente em suas organizações (26).

Mwachofi, Walston e Al-Omar argumentam que a falta de erros de visibilidade, a capacidade dos profissionais de saúde de comunicar gratuitamente, treinamento e o uso de uma cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde (27).

Finalmente Kim et al. afirmam que os gestores de organizações de saúde devem levar em consideração fatores que incluem a carga de trabalho, treinamento de profissionais de saúde na cultura de segurança do paciente e os benefícios percebidos da cultura de segurança do paciente no planejamento de sua introdução em suas organizações (28). Portanto, é importante que as intervenções destinadas a eliminar essas barreiras sejam adotadas para que a cultura de segurança do paciente desejada seja alcançada. Embora os fatores acima sejam eficazes

para facilitar a criação e a promoção da cultura desejada de segurança do paciente, vale a pena observar que os gestores e prestadores de serviços de saúde precisam considerar as barreiras para o sucesso de todo o processo.

Uma das barreiras que impedem a criação de cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde é o medo de relatar erros entre os prestadores de serviços de saúde. Muitas vezes, os profissionais de saúde cometem erros no processo de atendimento ao paciente. No entanto, alguns deles relatam isso por causa do medo de ser culpado ou punido por seus erros (29). O medo entre os prestadores é atribuído a fatores que incluem liderança fraca, falta de trabalho em equipa e pouca comunicação entre eles.

Em outro estudo, Livorsi *et al.* identificaram inúmeras barreiras para promover a cultura de segurança do paciente usando dados de 39 membros da unidade de terapia intensiva (30).

As barreiras identificadas incluem a equipa que teme as repercussões associadas ao relato de adversidades, limitações de tempo e falta de mecanismos de feedback efetivos, expectativas pouco claras e déficits de conhecimento. Os autores também descobriram que personalidades difíceis, abordagens pobres para fornecer feedback, uma cultura organizacional caracterizada pela negatividade, falta de recursos, fadiga e interrupções dificultam a realização da cultura organizacional desejada de segurança do paciente. Os autores também recomendam formas eficazes pelas quais a cultura de segurança de um paciente pode ser facilitada em uma organização. Eles incluem o uso de anonimato no relato de incidentes, reforçando comportamentos positivos, priorizando as necessidades do paciente, aumentando a comunicação positiva, usando ferramentas padronizadas e incentivando o trabalho em equipe (30). Portanto, é importante que os profissionais de saúde, gestores e instituições de saúde considerem esses facilitadores para alcançar os objetivos desejados de segurança do paciente.

3.2 Barreiras para relatar eventos de segurança

Em outro estudo, Brubacher, Hunte, Hamilton e Taylor concentraram-se em examinar as barreiras, bem como os incentivos para relatar eventos de segurança pela equipa que trabalha nas urgências. De acordo com 106 funcionários, seis grandes barreiras impedem a notificação de eventos de segurança que afetam a saúde e o bem-estar dos pacientes nas urgências. Eles incluem funcionários que temem ser reprimidos, falta de educação adequada sobre eventos de segurança do paciente relatados sendo tomados como indicadores de incompetência da equipa, falta ou inacessibilidade de formulários usados para relatar,

restrições relacionadas ao tempo e seu sentimento de inutilidade. Portanto, os autores recomendaram o uso de incentivos que incluam a avaliação do relatório de eventos de segurança do paciente, a criação de caminhos de notificação alternativos e o *feedback* sobre eventos de segurança do paciente e o reforço de comportamentos positivos, como relatar as incidências da equipa (31).

Essas barreiras também impedem a criação, bem como a promoção da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde. Portanto, os incentivos oferecidos pelos autores devem ser considerados pelos principais *stakeholders* do sistema de saúde. Achados que estão intimamente relacionados com aqueles relatados pelos autores acima também são evidentes em um estudo qualitativo por Ridelberg, Roback, e Nilsen determinar facilitadores, bem como barreiras que influenciam a segurança do paciente em hospitais na Suécia. Dados de 12 enfermeiras registradas demonstraram que as barreiras à adoção de iniciativas que promovam a segurança do paciente em hospitais podem ser classificadas em categorias que incluem pacientes, equipa individual, equipa, tarefa, ambiente de trabalho, fatores organizacionais e institucionais (32).

Os fatores do paciente incluíam a natureza da interação que os enfermeiros tinham com seus pacientes. Uma interação positiva caracterizada pela comunicação aberta provavelmente resultaria em maior segurança do paciente. Os fatores individuais da equipa incluíam o interesse que a equipa tinha em relação a questões relacionadas à segurança e às habilidades do paciente, bem como sua capacidade de aprender com erros ou erros. Os fatores da equipa que impediam a segurança do paciente incluíam a falta de colaboração entre os profissionais de saúde e a comunicação ineficaz, o que dificultava a partilha de ideias sobre as melhores abordagens a serem tomadas para atender às diversas necessidades de seus pacientes.

Os fatores tecnológicos incluíam a falta de sistemas eficazes para coletar, armazenar e relatar eventos adversos relacionados à segurança do paciente. Fatores ambientais, institucionais e organizacionais que impediam a segurança do paciente incluíam escassez de equipa, alta carga de trabalho e liderança ineficaz que impedia a identificação de meios adicionais para atender às necessidades de segurança do paciente (32). Portanto, os autores recomendaram a necessidade de identificar os facilitadores que precisam ser adotados para abordar essas barreiras eficientemente. À luz das barreiras mencionadas acima, é essencial que os gestores e outras partes interessadas nas organizações de saúde desenvolvam formas de melhorar a cultura de segurança dos pacientes em suas instituições.

No artigo Estratégias para Melhorar a Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais: Revisão Sistemática, os autores fornecem uma revisão abrangente das abordagens que as

organizações de saúde podem usar para melhorar a cultura de segurança do paciente nelas. Segundo os autores, a cultura de segurança do paciente pode ser melhorada através de intervenções que incluem caminhadas de liderança, programas educacionais estruturados, programas de treinamento em equipa e simulados, programas multifacetados em todas as unidades hospitalares, estratégias organizacionais e intervenções de abordagem de melhoria (33).

Em outro estudo, Verbakel et al. afirmam que a cultura de segurança do paciente pode ser melhorada adotando intervenções que incluem a introdução de sistemas médicos eletrônicos em todos os departamentos de saúde para melhorar a natureza da segurança do paciente e facilitar oficinas para práticas gerais de saúde e aquelas que visam auditorias significativas de eventos. Conforme demonstrado pelos autores, o uso de sistemas médicos eletrônicos facilitará a redução de erros médicos, enquanto as instituições aumentarão o nível de conhecimento e conscientização dos profissionais de saúde sobre o significado da cultura de segurança do paciente (34).

De acordo com um estudo de Hellings, Schrooten, Klazinga e Vleugels, cultura de segurança do paciente pode ser melhorada através da adoção de intervenções que incluem o uso de trabalho em equipa, adotando comportamentos não punitivos para erros, recursos humanos e uso de liderança eficaz que facilita a mudança através da inclusão e abertura na tomada de decisões organizacionais (35). Finalmente, os gestores de nível médio devem capitalizar sua posição de estar entre os níveis organizacionais superiores e inferiores, facilitando a aprendizagem multidisciplinar com o objetivo de introduzir e sustentar uma transformação radical na cultura de segurança dos pacientes (36). Se essas estratégias forem adotadas, as organizações de saúde alcançarão a melhoria desejada na cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

1. Objectivo

1.1 Objectivos gerais

- Avaliar a Cultura de Segurança do paciente do Luanda Medical Center aplicando o questionário “Avaliação da cultura de segurança do paciente no Luanda Medical Center”.

1.2 Objectivos específicos:

- Identificar as componentes fortes e fracas da cultura de segurança do Luanda Medical Center,
- Evidenciar as características dos colaboradores que participaram no estudo.
- Divulgar a temática da segurança dos pacientes no Luanda Medical Center

2. Desenho do estudo

5.3 Tipo de estudo

O presente estudo é observacional, transversal e descritivo e analítico porque não há intervenção da investigadora, transversal porque os dados são colhidos uma única vez no tempo, não havendo acompanhamento. Descritivo por descrever o perfil da amostra e não há manipulação de variáveis por parte da investigadora. (37)

2.2 População do estudo

A população do estudo é composta por todos os profissionais que trabalham no Luanda Medical Center. A fim de avaliar a segurança do paciente, identificando áreas com maior necessidade de intervenção para melhorar o nível de cultura de segurança do paciente, foram coletadas informações de 77 funcionários da instituição, refletindo a opinião sobre questões que afetam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. O questionário foi enviado à todos os profissionais e responderam 77, essa é a população em estudo. A taxa de resposta neste estudo foi de 22,6% (77/341).

Como Critérios de Exclusão para integrar a amostra: Aqueles questionários que depois de preenchidos apresentavam mais de cinco respostas em falta ou a mesma resposta a todas as questões de pelo menos uma secção (com questões cotadas positiva e negativamente, secções C, D, E e F) ou com “respostas sequenciais” (por exemplo C1 discordo plenamente; C2

Discordo; C3 Nem concordo nem discordo; C4 Concordo...) foram também excluídos da análise de dados.

3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário sobre "Avaliação da segurança dos pacientes na atenção primária à saúde na Região Autónoma da Madeira", traduzido, adaptado e validado para o português pela Dra. Marta Dora Ornelas (1). Os dados foram coletados através deste questionário autoadministrado. Uma das principais vantagens do uso de questionários é que as respostas podem ser analisadas comparativamente.

4. Estratégia de recolha de dados

Os questionários foram entregues em papel aos profissionais pelos chefes de departamento e depois de preenchidos colocados num envelope sem identificação e colocados numa caixa fechada que estava na recepção do piso 10. O questionário esteve disponível para preenchimento, durante os meses de fevereiro a maio 2016.

É um questionário de autopreenchimento (10 – 15 minutos para preencher) composto por um pequeno texto explicativo dos objetivos e conceitos do questionário; uma parte com questões para avaliação da cultura de segurança dos doentes, distribuídas por seis secções (secções A, B, C, D, E, F); a segunda parte com a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (secção H com quatro perguntas).

Para além das dimensões, o questionário inclui ainda a secção I destinada aos comentários dos profissionais de saúde.

5. Estratégia de tratamento de dados

Uma vez que os dados são coletados, as respostas dos questionários serão codificadas para facilitar sua manipulação no SPSS.

A análise dos dados utilizará uma série de técnicas estatísticas descritivas, como correlações, distribuição de frequências, desvios-padrão e percentagens. Uma descrição explicando os atributos dos dados analisados é fornecida.

A princípio, foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência, com o intuito de caracterizar as respostas dos participantes. Para descrição dos resultados serão utilizadas a frequência absoluta e a percentagem para as variáveis categóricas. A frequência absoluta (n_i) é dada pelo número de vezes em que uma determinada variável assume um determinado valor/categoria em questão. A percentagem (p_i) é o resultado da razão entre a frequência absoluta e o tamanho da amostra, multiplicado por 100, isto é, $100 \cdot \frac{n_i}{n} \%$.

Foram construídos gráficos de barras empilhados para avaliar a frequência das respostas. O gráfico de barras é uma representação gráfica da distribuição de frequências de um conjunto de dados categóricos. As barras são divididas em segmentos de barra posicionados ao lado uns dos outros. A largura total de uma barra mostra o número total de participantes e as larguras dos segmentos de barra representam as frequências absolutas de indivíduos que responderam cada alternativa.

5.1 Confiabilidade

A confiabilidade de uma estrutura fatorial pode ser obtida por meio o cálculo do índice de consistência interna, por meio do *alfa* de *Cronbach* (α), proposto por Lee J. Cronbach (40). O *alfa* de *Cronbach* avalia o grau em que um conjunto de variáveis estão correlacionados entre si, sendo que quanto mais próximos de um, mais correlacionadas estão. George e Mallery sugerem que $\alpha > 0,90$ é excelente, $\alpha > 0,80$ é bom $\alpha > 0,70$ é aceitável, $\alpha > 0,60$ é questionável, $\alpha > 0,50$ é pobre e $\alpha < 0,50$ é inaceitável (41).

O *alfa* de *Cronbach* é calculado pela seguinte fórmula:

$$\alpha = \frac{p}{p - 1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^p S_i^2}{S_T^2} \right),$$

em que p é o número de variáveis e S_i^2 é a variância da i -ésima variável e S_T^2 é a variância dos totais das variáveis.

5.2 Comparação

Para comparar a distribuição dos scores dos diferentes itens de cada seção avaliada, optou-se pelo teste de *Friedman*. O teste de *Friedman* é uma alternativa não-paramétrica a ANOVA para comparação de um conjunto de k grupos dependentes, com $k \geq 2$, avaliando por meio dos postos das observações ordenadas se distribuição de ao menos dois grupos difere (42).

Realizando a ordenação dos dados das duas amostras, um escore é atribuído a cada valor, X_i , $i = 1, 2, \dots, n$, sendo n o número de indivíduos. Caso ocorram empates o escore é dado pela média das ordens das observações repetidas. Posteriormente, é realizada a soma dos postos R_1, \dots, R_k de cada grupo.

A estatística χ_r^2 é dada pela fórmula abaixo:

$$\chi_r^2 = \left[\frac{12}{nk(k+1)} \sum_{j=1}^k (\sum R_j)^2 \right] - 3n(k+1).$$

A distribuição qui-quadrado é utilizada para aproximar a estatística χ_r^2 , com $k - 1$ graus de liberdade. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.3.1 e o nível de significância foi fixado em 5%.

6. Considerações éticas

Consciente da natureza do desenho da pesquisa, basta dizer que há uma série de considerações éticas que o pesquisador precisa levar em conta. A esse respeito, o pesquisador deve assegurar que todos os esforços sejam feitos para garantir que as considerações sejam consideradas na duração do estudo, com receio de que as conclusões do estudo percam seu significado.

Como o instrumento de pesquisa envolve coleta de dados e questionários, a pesquisa precisa garantir que a permissão para a coleta de dados não seja obtida apenas da universidade, mas também da Direção do Luanda Medical Center e dos funcionários da instituição. Além disso, o pesquisador precisa garantir aos participantes o máximo de confidencialidade ao preencher os questionários, garantindo assim que a resposta coletada atenda ao melhor conhecimento dos participantes.

Além do acima exposto, os dados coletados devem ser utilizados apenas para os propósitos do estudo acima e, como tal, não devem ser divulgados a outros estabelecimentos sem a autorização explícita das partes interessadas. Por último, o uso da literatura deve ser citado em conformidade e ser desprovido de qualquer traço de plágio.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

1. Apresentação de resultados

A seguir descreve-se as características dos participantes e sua opinião sobre questões que afetam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Tabela 1 – Distribuição de frequências das características dos participantes da pesquisa.

Questão	Frequência absoluta	%
Tempo de trabalho neste serviço		
Há menos de 2 meses	11	14,29%
Entre 2 meses e menos de 1 ano	12	15,58%
Entre 1 ano e menos de 3 anos	37	48,05%
Mais de 3 anos	17	22,08%
Horas de trabalho por semana neste serviço		
1 a 4 horas por semana	1	1,30%
5 a 16 horas por semana	11	14,29%
17 a 24 horas por semana	4	5,19%
25 a 32 horas por semana	0	0,00%
33 a 40 horas por semana	10	12,99%
41 horas por semana ou mais	51	66,23%
Posição neste serviço		
Médico	4	5,19%
Enfermeiro	8	10,39%
Órgãos de Gestão	14	18,18%
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	7	9,09%

Assistente Operacional	8	10,39%
Assistente técnico	16	20,78%
Outra função	19	24,68%
Idade		
20 – 30 anos	46	59,74%
31 – 40 anos	21	27,27%
41 – 50 anos Mais de 51 anos	10	12,99%

A Tabela 1 mostra que quase metade dos participantes da pesquisa (48,05%) trabalha no referido serviço entre 1 ano e menos de 3 anos e quase dois terços (66,23%) trabalham 41 horas semanais ou mais neste serviço. Quanto à posição que ocupam, observa-se que 16 (20,78%) são assistentes técnicos e 14 (18,18%) são órgãos de gestão, sendo as duas funções as mais citadas, enquanto 19 (24,68%) apontaram para funções diferentes das listadas no instrumento. Ainda assim, verifica-se que 46 (59,74%) dos participantes têm entre 20 e 30 anos.

Tabela 2 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção A (a qualidade e a segurança dos doentes) pelos participantes da pesquisa.

Em retrospectiva, quantas vezes as seguintes situações aconteceram no seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Diaria-mente	Semanal-mente	Mensal-mente	3 ou mais vezes nos últimos 12 meses	1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	Não nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
A1. Devido a um problema de saúde agudo/grave, um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48 horas	7 (9,09%)	4 (5,19%)	1 (1,3%)	3 (3,9%)	2 (2,6%)	14 (18,18%)	46 (59,74%)
A2. Utilização de um processo clínico que não corresponde ao do doente	2 (2,6%)	1 (1,3%)	2 (2,6%)	7 (9,09%)	6 (7,79%)	18 (23,38%)	41 (53,25%)
A3. Um processo clínico não estava disponível quando necessário	3 (3,9%)	9 (11,69%)	5 (6,49%)	5 (6,49%)	10 (12,99%)	12 (15,58%)	33 (42,86%)
A4. Informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado	1 (1,3%)	1 (1,3%)	5 (6,49%)	4 (5,19%)	12 (15,58%)	17 (22,08%)	37 (48,05%)
A5. O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição	5 (6,49%)	5 (6,49%)	10 (12,99%)	14 (18,18%)	12 (15,58%)	10 (12,99%)	21 (27,27%)
A6. Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica	1 (1,3%)	2 (2,6%)	2 (2,6%)	4 (5,19%)	2 (2,6%)	22 (28,57%)	44 (57,14%)
A7. Não foi realizada uma revisão terapêutica durante a consulta	0 (0%)	3 (3,9%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	3 (3,9%)	6 (7,79%)	62 (80,52%)
A8. Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	8 (10,39%)	5 (6,49%)	6 (7,79%)	7 (9,09%)	9 (11,69%)	11 (14,29%)	31 (40,26%)

Não houve seguimento de um resultado								
A9. ANORMAL em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de 1 dia útil	7 (9,09%)	2 (2,6%)	4 (5,19%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	8 (10,39%)	53 (68,83%)	

Quanto aos itens avaliados que condizem com a qualidade e a segurança dos doentes, observa-se na Tabela 2 que para a maior parte deles, mais da metade dos participantes da pesquisa não os responderam, seja por não saber ou não se aplicar o item, sobretudo para o item A7 (Não foi realizada uma revisão terapêutica durante a consulta), para o qual tal percentagem superou 80%.

Por outro lado, vê-se que as situações que ocorreram diariamente, semanalmente ou mensalmente nos locais de trabalho de uma maior quantidade de participantes foram aquelas descritas nos itens A5 (O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição), A8 (Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário) e A3 (Um processo clínico não estava disponível quando necessário), apontada em uma dessas frequências por 25,97%, 24,67% e 22,08% deles, no total, respetivamente.

Tabela 3 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção B (troca de informação com outros serviços) pelos participantes da pesquisa.

Nos últimos 12 meses, quantas vezes o seu serviço teve problemas na transferência de informação exacta, completa, e temporalmente adequada com:	Problemas Diários	Problemas Semanais	Problemas Mensais	Problemas várias vezes nos últimos 12 meses	Problemas 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	Não houve problemas nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
B1. Laboratórios/centros de imagem externos?	3 (3,9%)	4 (5,19%)	7 (9,09%)	1 (1,3%)	6 (7,79%)	18 (23,38%)	38 (49,35%)
B2. Outros serviços/ médicos externos?	1 (1,3%)	5 (6,49%)	4 (5,19%)	3 (3,9%)	6 (7,79%)	12 (15,58%)	46 (59,74%)
B3. Farmácias?	3 (3,9%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)	2 (2,6%)	11 (14,29%)	57 (74,03%)
B4. Hospitais?	1 (1,3%)	1 (1,3%)	2 (2,6%)	0 (0%)	1 (1,3%)	12 (15,58%)	60 (77,92%)
B5. Outros?	1 (1,3%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	3 (3,9%)	67 (87,01%)

Assim como para a seção anterior do questionário, nota-se que uma grande percentagem de participantes não respondeu aos itens da seção B, que avalia a troca de informação com outros serviços, sendo que entre os que responderam, as maiores frequências concentram-se na opção “não houve problemas nos últimos 12 meses”, como apresentado na Tabela 3.

Destaca-se que quase 10% dos colaboradores apontaram que nos últimos 12 meses, o seu serviço teve problemas na transferência de informação exata, completa, e temporalmente adequada com laboratórios/centros de imagem externos (B1), sendo que somado a quantidade

de participantes que apontaram problemas diários ou semanais, tal percentagem chega a 18,18%, a maior entre todos os itens avaliados.

Tabela 4 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção C (no seu local de trabalho) pelos participantes da pesquisa.

Qual é o seu grau de concordância com os seguintes aspectos?		Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
C1.	Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam	4 (5,19%)	0 (0%)	6 (7,79%)	43 (55,84%)	20 (25,97%)	4 (5,19%)
C2.	Há uma boa relação de trabalho entre os vários elementos da equipa	4 (5,19%)	3 (3,9%)	10 (12,99%)	34 (44,16%)	24 (31,17%)	2 (2,6%)
C3.	Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes	2 (2,6%)	10 (12,99%)	9 (11,69%)	29 (37,66%)	9 (11,69%)	18 (23,38%)
C4.	Os profissionais recebem formação quando novos procedimentos são implementados	6 (7,79%)	12 (15,58%)	6 (7,79%)	28 (36,36%)	14 (18,18%)	11 (14,29%)
C5.	Neste serviço tratamos os outros com respeito	3 (3,9%)	4 (5,19%)	9 (11,69%)	26 (33,77%)	31 (40,26%)	4 (5,19%)
C6.	Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados	2 (2,6%)	18 (23,38%)	12 (15,58%)	19 (24,68%)	14 (18,18%)	12 (15,58%)
C7.	Este serviço garante que a equipa recebe a formação que necessita	4 (5,19%)	12 (15,58%)	12 (15,58%)	30 (38,96%)	11 (14,29%)	8 (10,39%)
C8.	Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser	18 (23,38%)	27 (35,06%)	15 (19,48%)	7 (9,09%)	4 (5,19%)	6 (7,79%)
C9.	Temos bons procedimentos para verificar se o nosso trabalho foi realizado correctamente	4 (5,19%)	12 (15,58%)	9 (11,69%)	35 (45,45%)	10 (12,99%)	7 (9,09%)
C10.	A equipa é convidada a realizar actividades para as quais não recebeu formação	3 (3,9%)	17 (22,08%)	18 (23,38%)	20 (25,97%)	5 (6,49%)	14 (18,18%)
C11.	Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes	8 (10,39%)	28 (36,36%)	10 (12,99%)	18 (23,38%)	2 (2,6%)	11 (14,29%)
C12.	Temos problemas com a quantidade de trabalho que temos	1 (1,3%)	24 (31,17%)	12 (15,58%)	20 (25,97%)	6 (7,79%)	14 (18,18%)
C13.	Este serviço promove o trabalho em equipa na prestação de cuidados	1 (1,3%)	4 (5,19%)	7 (9,09%)	34 (44,16%)	21 (27,27%)	10 (12,99%)
C14.	Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes	17 (22,08%)	30 (38,96%)	8 (10,39%)	8 (10,39%)	2 (2,6%)	11 (14,29%)
C15.	A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos	3 (3,9%)	6 (7,79%)	11 (14,29%)	34 (44,16%)	14 (18,18%)	9 (11,69%)

Pela Tabela 4, foi verificado que o item que apresentou maior concordância plena entre os participantes para a seção C, que avalia alguns aspetos do local de trabalho, foi o item C5 (Neste serviço tratamos os outros com respeito), destacando-se também os itens C1 (Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam) e C2 (Há uma boa relação de trabalho entre

os vários elementos da equipa), com os quais mais de 75% dos participantes concordaram, seja total ou parcialmente.

Avaliando agora os itens para os quais houve uma maior percentagem de discordância, dois deles se sobressaem, que são os itens C8 (Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser) e C14 (Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes), sendo que para ambos mais de 22% discordam plenamente e mais de 35% discordam.

Tabela 5 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção D (Comunicação e seguimento) pelos participantes da pesquisa.

Com que frequência as seguintes situações acontecem no seu serviço?		Nunca	Raramente	Às vezes	Geralmente	Sempre	Não se aplica ou não sei
D1.	Os prestadores de cuidados aceitam sugestões por parte dos outros elementos da equipa sobre como melhorar os procedimentos do serviço	6 (7,79%)	14 (18,18%)	22 (28,57%)	16 (20,78%)	11 (14,29%)	8 (10,39%)
D2.	A equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos	3 (3,9%)	11 (14,29%)	19 (24,68%)	18 (23,38%)	16 (20,78%)	10 (12,99%)
D3.	Neste serviço alertamos os doentes quando há necessidade de se agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	1 (1,3%)	4 (5,19%)	12 (15,58%)	21 (27,27%)	30 (38,96%)	9 (11,69%)
D4.	Quando algo não parece correcto, a equipa tem receio de fazer perguntas	14 (18,18%)	19 (24,68%)	18 (23,38%)	10 (12,99%)	3 (3,9%)	13 (16,88%)
D5.	Neste serviço documentamos a forma como os doentes crónicos seguem os respectivos planos de tratamento	2 (2,6%)	6 (7,79%)	6 (7,79%)	8 (10,39%)	15 (19,48%)	40 (51,95%)
D6.	O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior	2 (2,6%)	5 (6,49%)	4 (5,19%)	12 (15,58%)	24 (31,17%)	30 (38,96%)
D7.	A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela	15 (19,48%)	14 (18,18%)	17 (22,08%)	7 (9,09%)	6 (7,79%)	18 (23,38%)
D8.	Os vários elementos da equipa falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço	2 (2,6%)	13 (16,88%)	21 (27,27%)	14 (18,18%)	17 (22,08%)	10 (12,99%)
D9.	Este serviço acompanha os doentes que precisam de seguimento	0 (0%)	3 (3,9%)	6 (7,79%)	19 (24,68%)	31 (40,26%)	18 (23,38%)
D10.	É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço	5 (6,49%)	6 (7,79%)	30 (38,96%)	15 (19,48%)	8 (10,39%)	13 (16,88%)
D11.	Neste serviço discutimos formas de prevenir a repetição dos erros	1 (1,3%)	4 (5,19%)	12 (15,58%)	15 (19,48%)	38 (49,35%)	7 (9,09%)
D12.	A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço	1 (1,3%)	3 (3,9%)	15 (19,48%)	13 (16,88%)	37 (48,05%)	8 (10,39%)

Considerando agora algumas situações que podem ocorrer referentes a comunicação e seguimento, avaliadas na seção D do instrumento de pesquisa, foi verificado que quase metade dos participantes apontaram que sempre discutem formas de prevenir a repetição dos erros no serviço (49,35%) e que a equipa está disposta a discutir os erros que acontecem no serviço (48,05%), referentes aos itens D11 e D12, respetivamente.

Por outro lado, quase 20% dos participantes relataram a opção nunca para os itens D4 (18,18%) e D7 (19,48%), que se referem a “Quando algo não parece correto, a equipa tem receio de fazer perguntas” e “A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela”, respetivamente.

A primeira questão (E1) que compõem a seção E do questionário, focada da gestão e direção avalia se o participante é responsável/ocupa algum cargo de direção/tem responsabilidade para tomar decisões financeiras para o seu serviço, sendo que 22,08% deles apontaram que sim (17 colaboradores), enquanto que os outros 77,92% relataram que não (60 colaboradores). As demais questões da seção E eram restritas aos colaboradores que não possuem responsabilidades quanto a decisões financeiras, sendo que desta forma, as frequências absolutas e percentagens apresentadas a seguir, na Tabela 6 referem-se aos 60 colaboradores que assinalaram “Não” no item E1.

Tabela 6 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção E (gestão/direção) pelos participantes da pesquisa.

Qual é o seu grau de concordância com os seguintes aspectos relacionados com a direcção do seu serviço?		Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
E2.	Não estão a investir recursos suficientes para melhorar qualidade de cuidados neste serviço	3 (5%)	10 (16,67%)	25 (41,67%)	10 (16,67%)	3 (5%)	9 (15%)
E3.	Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer	1 (1,67%)	18 (30%)	25 (41,67%)	6 (10%)	0 (0%)	10 (16,67%)
E4.	Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente	1 (1,67%)	7 (11,67%)	25 (41,67%)	17 (28,33%)	2 (3,33%)	8 (13,33%)
E5.	As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os doentes	1 (1,67%)	13 (21,67%)	28 (46,67%)	6 (10%)	0 (0%)	12 (20%)

Vê-se na Tabela 6 que tanto para o item E3 (Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer), quanto para o item E5 (As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor

para os doentes), nenhum dos participantes concordou plenamente e apenas 10% deles concordaram, ao passo que para os outros dois itens que compõem a seção, que são o E2 (Não estão a investir recursos suficientes para melhorar qualidade de cuidados neste serviço) e E4 (Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente), 21,67% e 31,67%, respetivamente, concordaram ou concordaram plenamente no total.

Tabela 7 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção F (o seu local de serviço) pelos participantes da pesquisa.

Qual é o seu grau de concordância com os seguintes aspectos relacionados com a direção do seu serviço?		Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
F1.	Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta	6 (7,79%)	4 (5,19%)	13 (16,88%)	27 (35,06%)	9 (11,69%)	18 (23,38%)
F2.	Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afetar os doentes	4 (5,19%)	3 (3,9%)	10 (12,99%)	31 (40,26%)	11 (14,29%)	18 (23,38%)
F3.	Neste serviço os erros acontecem com mais frequência do que deveriam	14 (18,18%)	25 (32,47%)	6 (7,79%)	11 (14,29%)	1 (1,3%)	20 (25,97%)
F4.	É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afetar os nossos doentes	16 (20,78%)	16 (20,78%)	9 (11,69%)	8 (10,39%)	2 (2,6%)	26 (33,77%)
F5.	Este serviço muda facilmente os procedimentos com o objetivo de evitar que os erros se repitam qualidade	3 (3,9%)	9 (11,69%)	15 (19,48%)	15 (19,48%)	9 (11,69%)	26 (33,77%)
F6.	Neste serviço, realizar maior quantidade de trabalho é mais importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade	13 (16,88%)	23 (29,87%)	7 (9,09%)	8 (10,39%)	5 (6,49%)	21 (27,27%)
F7.	Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes	2 (2,6%)	5 (6,49%)	16 (20,78%)	30 (38,96%)	6 (7,79%)	18 (23,38%)

A seção F do instrumento de pesquisa proposto contempla a concordância dos colaboradores com alguns aspectos relacionados ao local de serviço, sendo que as maiores percentagens de concordância, seja total ou parcial, foram observadas para os itens F2 (Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afetar os doentes), F7 (Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes) e F1 (Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta), totalizando 54,55%, 46,75% e 46,75%, respetivamente, como apresentado na tabela 7.

Já o item F4 (É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afetar os nossos doentes), 41,56% dos colaboradores participantes da pesquisa discordaram em algum grau com o mesmo, caracterizando-se como o item com maior percentagem de discordância desta seção.

Tabela 8 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção G (avaliação geral) pelos participantes da pesquisa.

No geral, como classifica o seu serviço em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde?		Muito Fraco	Fraco	Aceitável	Bom	Muito Bom	Não se aplica ou não sei
G1.	CENTRADO NO DOENTE (É sensível às preferências individuais do doente, suas necessidades e valores)	1 (1,3%)	0 (0%)	24 (31,17%)	16 (20,78%)	19 (24,68%)	17 (22,08%)
G2.	EFFECTIVA (É baseada em conhecimentos científicos)	0 (0%)	4 (5,19%)	13 (16,88%)	23 (29,87%)	11 (14,29%)	26 (33,77%)
G3.	OPORTUNA (Minimiza tempos de espera e atrasos potencialmente danosos)	0 (0%)	8 (10,39%)	21 (27,27%)	18 (23,38%)	10 (12,99%)	20 (25,97%)
G4.	EFICIENTE (Assegura cuidados custo-eficazes (evita o desperdício, o uso excessivo e o uso indevido dos serviços))	2 (2,6%)	3 (3,9%)	16 (20,78%)	21 (27,27%)	14 (18,18%)	21 (27,27%)
G5.	EQUITATIVA (Presta a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas independentemente do sexo, raça, etnia, nível socioeconómico, língua, etc)	3 (3,9%)	3 (3,9%)	10 (12,99%)	12 (15,58%)	35 (45,45%)	14 (18,18%)

Considerando os resultados obtidos para a seção G do questionário, que reflete a avaliação geral dos colaboradores, nota-se na Tabela 8 que a área da qualidade dos cuidados de saúde que foi classificada como muito boa com mais frequência foi a EQUITATIVA (Presta a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas independentemente do sexo, raça, etnia, nível socioeconómico, língua, etc.), questionada no item G5, para qual 35 (45,45%) dos participantes atribuíram a melhor avaliação.

Também se observa que para todas as áreas avaliadas, foram poucos os colaboradores que apontaram que os serviços referentes as mesmas eram muito fracos, não atingindo 4% da amostra. Entretanto, mais de 10% dos participantes classificaram os serviços da área OPORTUNA (Minimiza tempos de espera e atrasos potencialmente danosos), avaliada no item G3, como fraco, sendo que este mesmo item é o que apresenta a menor frequência de classificação “Muito bom”.

Por fim, os participantes foram questionados de um modo geral, como classificariam os sistemas e procedimentos clínicos que têm lugar no seu serviço para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afetar os doentes. Nenhum deles apontou a opção “Muito fracos”, e

apenas 6,49% apontou “Fracos”, porém, 42,86% dos participantes avaliaram os sistemas e processos clínicos como razoáveis, ao passo que 36,36% e 12,99% relataram as opções “Bons” e “Muito bons”, respetivamente.

1.1 Confiabilidade

Como medida de consistência interna dos itens avaliados em cada uma das 7 primeiras seções do instrumento de pesquisa, foi calculado o coeficiente de confiabilidade *alfa* de *Cronbach*, cujos valores são apresentados na tabela a seguir:

Tabela 9 – *Alfa* de *Cronbach* das seções do instrumento aplicado.

Seção	<i>Alfa</i> de <i>Cronbach</i>
A. A qualidade e a segurança dos doentes	0,907
B. Troca de informação com outros serviços	0,816
C. No seu local de trabalho	0,833
D. Comunicação e seguimento	0,872
E. Gestão / direcção	0,919
F. O seu local de serviço	0,923
G. Avaliação geral	0,907

Pela Tabela 9, observa-se que todos os coeficientes *alfa* de *Cronbach* calculados para as diferentes seções do instrumento de pesquisa aplicado foram superiores a 0,80, sendo estes valores considerados como bons (42). Desta forma, não foram verificados problemas a cerca da consistência interna dos itens que constituem cada uma das seções avaliadas.

1.2 Comparação

Com o intuito de comparar quais itens apresentam as maiores ou menores frequências de ocorrência, concordância ou classificação, foram desconsideradas as respostas referentes a “Não se aplica ou não sei” e uma classificação numérica foi atribuída a cada alternativa das seções, sendo que a primeira alternativa recebeu o valor 1, a segunda o valor 2 e assim sucessivamente. Após tal codificação, o teste de Friedman foi aplicado para os itens de cada seção separadamente, sendo os resultados apresentados a seguir:

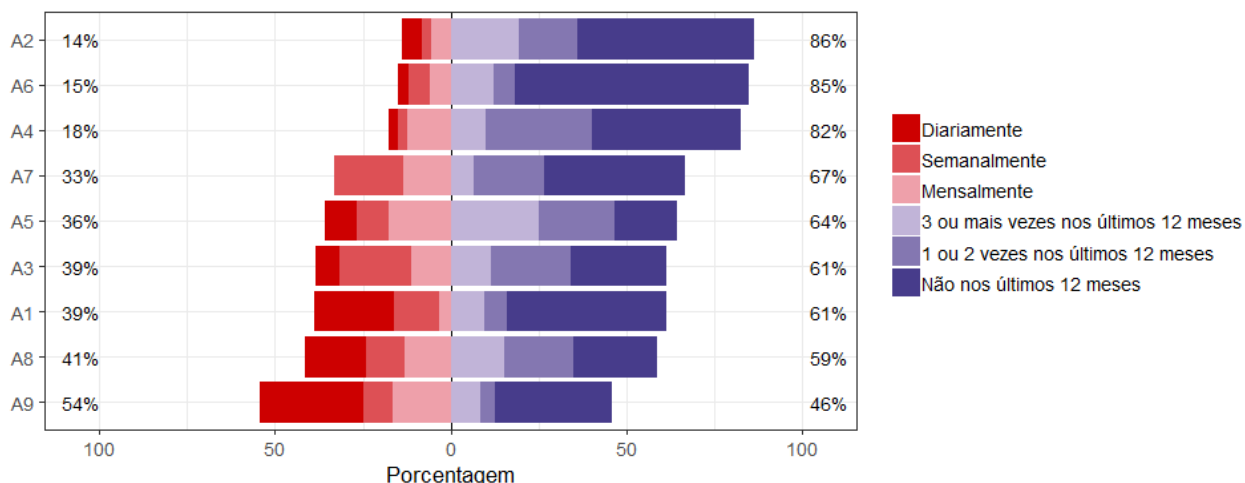


Figura 1 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção A (a qualidade e a segurança dos doentes) pelos participantes da pesquisa.

Pela Figura 1, nota-se que enquanto mais de 80% dos participantes que responderam aos itens A2, A6 e A4 relataram que as situações abordadas por tais itens ocorreram com frequência inferior a mensalmente, seja 3 ou mais vezes nos últimos 12 meses, 1 ou 2 vezes ou nenhuma, enquanto que a situação referente ao item A9 ocorreu com frequência mensal, semanal ou diária para mais de metade dos colaboradores, entretanto, não foram observadas diferenças significativas entre os scores atribuídos aos itens, ao nível de 5% de significância, de acordo com os resultados do teste de Friedman ($\chi^2 = 12,24$, graus de liberdade = 8 e valor $p = 0,141$).

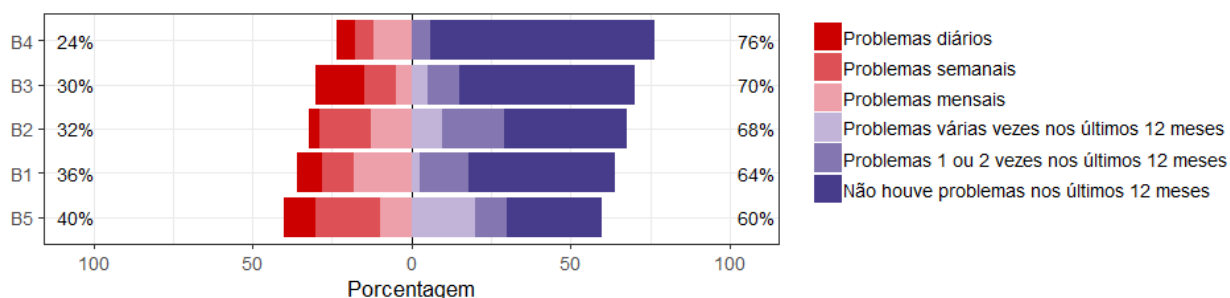


Figura 2 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção B (troca de informação com outros serviços) pelos participantes da pesquisa.

Observa-se na Figura 2 que entre os itens avaliados na seção B, não destaca grandes diferenças nas respostas relacionadas as frequências de ocorrência das situações consideradas, sendo que não há evidências amostrais suficientes de significância das

diferenças entre os scores atribuídos aos itens, ao nível de 5% de significância, de acordo com os resultados do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 5,78$, graus de liberdade = 4 e valor $p = 0,216$).

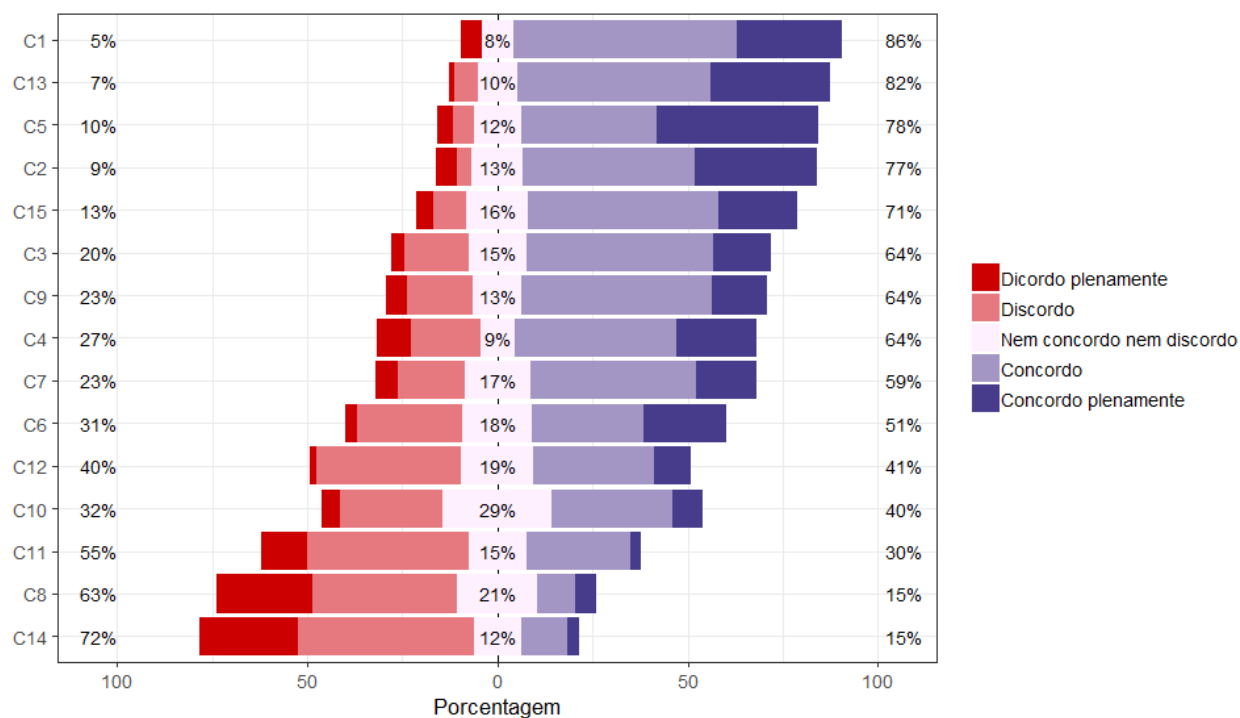


Figura 3 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção C (no seu local de trabalho) pelos participantes da pesquisa.

Avaliando a concordância atribuída pelos respondentes aos itens da seção C pela Figura 3, nota-se que enquanto mais de três quartos dos participantes concordam em algum grau com os itens C1, C13, C5 e C2, a percentagem de discordância supera é maior que 55% para os itens C11, C8 e C14. De acordo com os resultados do teste de *Friedman*, existem diferenças significativas entre os scores atribuídos aos itens, ao nível de 5% de significância ($\chi^2 = 158,21$, graus de liberdade = 14 e valor $p < 0,001$).

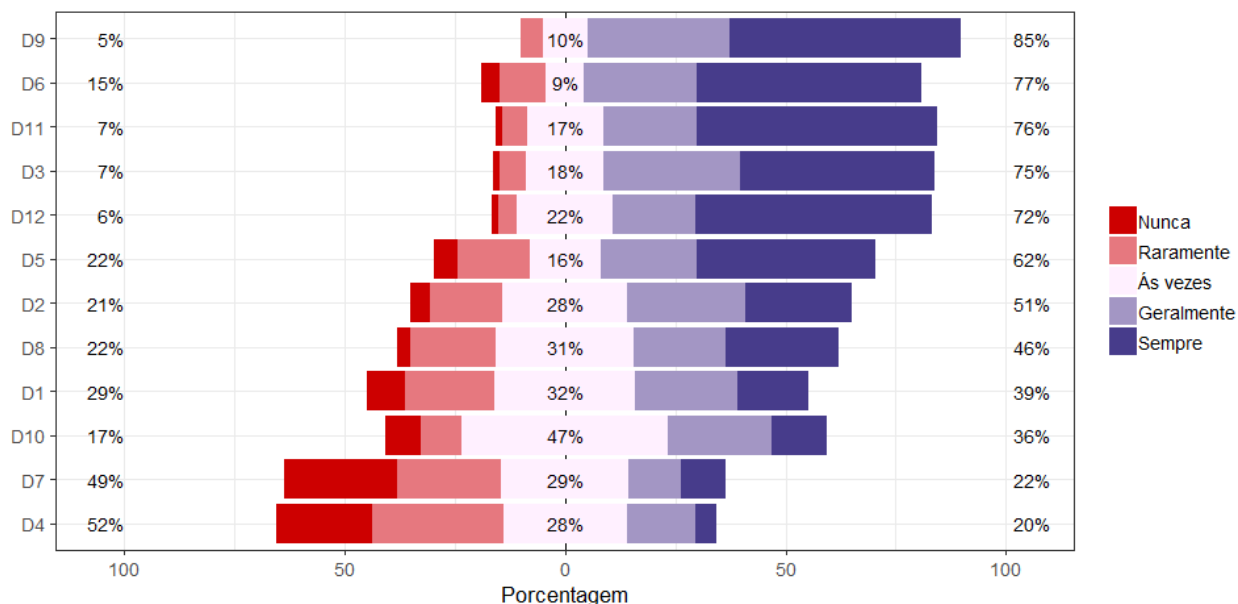


Figura 4 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção D (Comunicação e seguimento) pelos participantes da pesquisa.

Observa-se na Figura 4 que para alguns dos itens da seção D, uma grande percentagem de participantes apontou que as situações descritas ocorrem geralmente ou sempre, enquanto que, cerca da metade dos colaboradores apontam que a ocorrência é rara ou nunca ocorre, sendo que tais indicativos de diferenças entre as frequências de ocorrência das diferentes situações avaliadas foram corroborados pelos resultados do teste de *Friedman*, que apontou diferenças significativas entre os

scores atribuídos aos itens, ao nível de 5% de significância ($\chi^2 = 68,66$, graus de liberdade = 11 e valor $p < 0,001$).

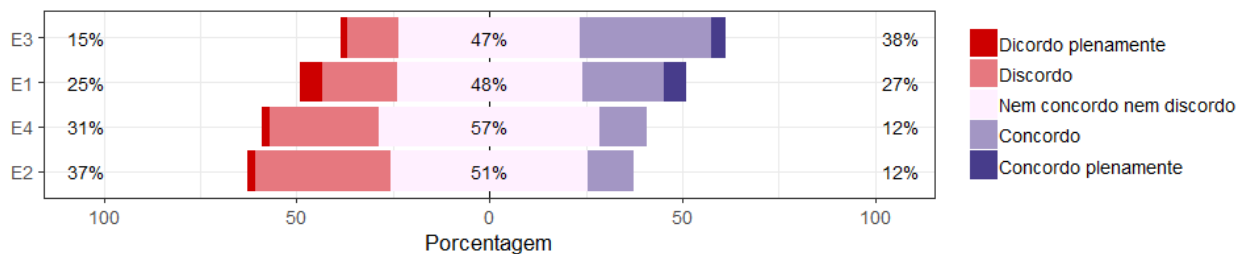


Figura 5 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção E (gestão/direção) pelos participantes da pesquisa.

Fica evidente na Figura 5 que entre os indivíduos que responderam os itens da seção E, cerca de metade não tomaram uma posição clara a respeito da concordância com os mesmos, apontando a opção “Não concordo nem discordo”. Entretanto, enquanto 38% concordaram ou concordaram plenamente com o item E13, apenas 12% concordaram com os itens E4 e E2. De acordo com os resultados do teste de *Friedman*, existem diferenças significativas entre os scores atribuídos aos itens, ao nível de 5% de significância ($\chi^2 = 17,30$, graus de liberdade = 3 e valor $p = 0,001$).

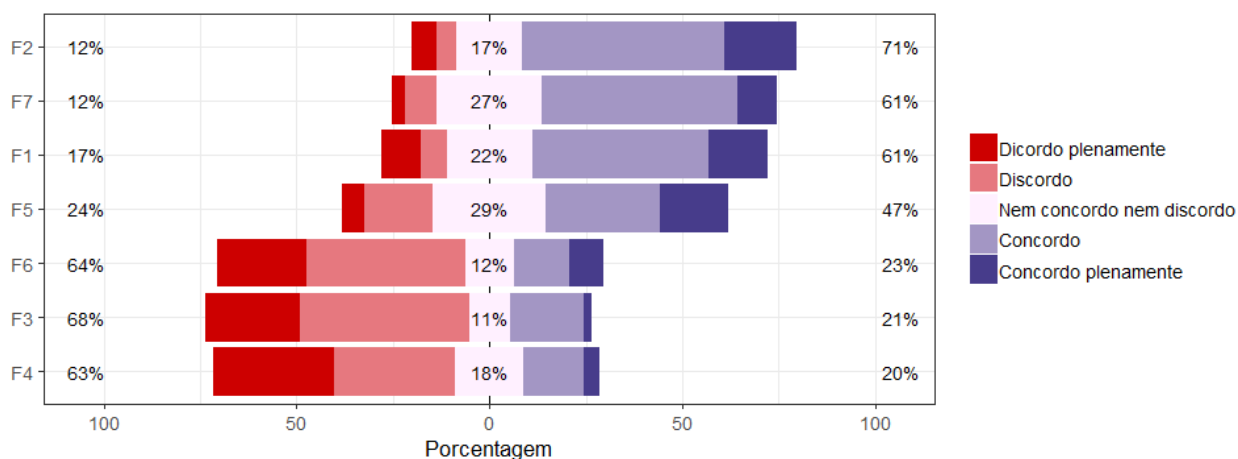


Figura 6 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção F (o seu local de serviço) pelos participantes da pesquisa.

Pela Figura 6, destaca- que enquanto mais de 60% dos participantes concordam em algum grau com os itens F2, F7 e F1, a situação inverte-se para os itens F6, F3 e F4, para os quais mais de 60% discordam em algum grau. Assim, existem evidências amostrais de diferença significativa entre os scores atribuídos aos itens, ao nível de 5% de significância, de acordo com os resultados do teste de *Friedman* ($\chi^2 = 30,99$, graus de liberdade = 6 e valor $p < 0,001$).

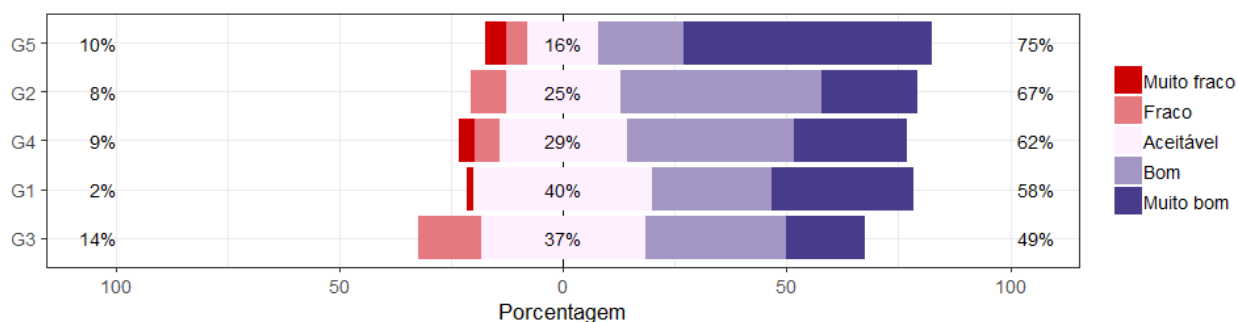


Figura 7 – Distribuição frequências das respostas às questões da seção G (avaliação geral) pelos participantes da pesquisa.

Por fim, considerando os itens relacionados a avaliação das áreas da qualidade dos cuidados de saúde, nota-se que enquanto 75% avaliaram de maneira positiva o item G5, atribuindo classificação “Bom” e “Muito bom”, apenas 58% e 49% dos participantes relataram tais classificações para os itens G1 e G3. Aplicando-se o teste de *Friedman*, foram observadas diferenças significativas entre os scores atribuídos aos itens, ao nível de 5% de significância ($\chi^2 = 26,07$, graus de liberdade = 4 e valor $p < 0,001$).

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO

1. Discussão de resultados

Os resultados obtidos no estudo indicam que, do ponto de vista da equipa de saúde, existe uma cultura de segurança na instalação com potenciais melhorias em todas as dimensões e aspectos da cultura de segurança do paciente. Os resultados também destacam o apoio dos gestores para a segurança do paciente, reação não discriminatória a erros dentro da instalação, bem como ótimo trabalho em equipa e integração entre prestadores de serviços, o que ajuda a melhorar a segurança do paciente (43).

Infelizmente, os resultados indicam a ausência de exames laboratoriais e de imagem, quando necessário, bem como a falta de processo clínico quando necessário, o que, por sua vez, afeta significativamente a qualidade dos serviços prestados na instituição (44). Além do que, além do mais, há falta de um canal de comunicação adequado e eficiente e existência de desafios semanais no local de trabalho, como computadores com problemas, afetaram substancialmente o desempenho e a qualidade de seus serviços nos últimos 12 meses, recebendo a pior classificação de acordo com os participantes.

De acordo com a literatura disponível, o espírito do trabalho equipa ou a colaboração ativa entre as partes interessadas é essencial para a concepção e desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente em qualquer estabelecimento de saúde. Esta afirmação está de acordo com os resultados obtidos no estudo. De acordo com os resultados obtidos, o trabalho

em equipa e a colaboração no local de trabalho, comparada a outras dimensões da cultura de segurança do paciente, recebeu uma das melhores avaliações em todas as categorias profissionais (45).

Mais de 75% dos participantes do estudo sentiram que existe uma boa relação de trabalho entre os diferentes membros, uma relação que promove a integração que os inspira para ajudar os seus colegas quando eles estão sobrecarregados e tratar todos os membros da comunidade com respeito. Portanto, é seguro dizer que os participantes eram da opinião de que o trabalho em equipa na instituição contribuiu significativamente para a prática assistencial marcada pela responsabilidade compartilhada e cultura do paciente (46).

Os resultados do estudo destacam a importância da comunicação e partilha de informações, não apenas entre os seniores e seus juniores, mas também entre os membros da equipa. Mais de 49% dos participantes do estudo foram da opinião que se a equipa não discute maneiras pelas quais eles podem evitar a repetição de erros no local de trabalho, pode afetar negativamente a qualidade do serviço, bem como a segurança dos pacientes (47).

Além disso, mais de 48% dos prestadores de cuidados da instituição indicam que os funcionários estavam dispostos a discutir seus erros no serviço para garantir que seus colegas não repetissem os mesmos erros, o que ajuda a melhorar a cultura de segurança do paciente da instituição. A literatura disponível indica que a implementação e promoção de uma cultura de segurança do paciente associada à diminuição da ocorrência de adversidade em uma instalação são significativamente influenciadas pela comunicação aberta e efetiva entre os membros do grupo (48).

A comunicação aberta permite aos profissionais de saúde assumir a responsabilidade de promover a segurança no local de trabalho, assegurando que haja um fluxo livre de informações e taxas entre os membros da equipa. De acordo com uma pesquisa realizada nos Estados Unidos sobre a importância da comunicação eficaz na promoção da segurança do paciente, 78% dos médicos em 300 instituições de saúde acreditam que a comunicação aberta em uma instalação apresenta uma plataforma onde os cuidadores podem discutir seus desafios e erros e formular soluções para garantir que estes desafios não põem em risco a futura prestação de serviços (49).

Resultados adicionais indicam que 57% dos participantes refutaram a noção e a ideia de que seus serviços de saúde estavam mais desorganizados do que deveriam e que o excesso de pacientes na instituição afetou a qualidade dos serviços prestados, bem como a segurança do paciente. A carga de trabalho e a organização dos funcionários foram identificadas como um dos fatores que afetam substancialmente o desempenho dos prestadores de serviços de saúde.

No entanto, os participantes sentiram que suas instalações estavam bem organizadas para atender à crescente demanda por seus serviços, uma vez que os profissionais de saúde se ajudariam se estivessem sobrecarregados (50). Infelizmente, os resultados indicam que 10% dos cuidadores concordaram que às vezes deixam que erros cometidos nos cuidados de saúde continuem a ocorrer porque sentem que os erros cometidos podem ser usados contra eles. Além disso, os participantes revelaram que suas decisões de cuidado são muitas vezes influenciadas pelo que é melhor para a instituição e não pelo que é melhor para os pacientes, uma decisão que pode se tornar cara (51).

A literatura disponível afirma que os colaboradores que ocupam cargos de gestão devem criar um ambiente no qual os funcionários juniores possam compartilhar livremente sem ficarem presos em seus erros, pois isso cria espaço para solucionar esses erros e incentivar os funcionários a relatar os erros das suas intervenções (52). Além disso, os colaboradores devem trabalhar no melhor interesse do paciente em vez do serviço, considerando que cada paciente tem um caso único que deve ser examinado independentemente antes de se planejar um plano de medicação (53). As necessidades e desejos do paciente devem ser priorizados para que a unidade atinja uma cultura de segurança do paciente.

No Luanda Medical Center destacam-se como áreas fortes da cultura de segurança dos pacientes, *o trabalho em equipa e a comunicação aberta*. Como dimensões fracas destaca-se *a gestão e troca de informação com outros serviços*. Por esse motivo, deve ser desenvolvida uma estratégia para aumentar a segurança e eficiência da *gestão e troca de informação com outros serviços* na instituição. As restantes dimensões não sendo problemáticas devem ser melhoradas.

Segundo as características dos profissionais que participaram no estudo, quase metade dos participantes da pesquisa trabalha no referido serviço (48,05%) entre um ano e menos de três anos e quase dois terços (66,23%) trabalham 41 horas semanais ou mais neste serviço.

Quanto à posição que ocupam, observa-se que 16 (20,78%) são assistentes técnicos e 14 (18,18%) são órgãos de gestão, sendo as duas funções as mais citadas, enquanto 19 (24,68%) apontaram para funções diferentes das listadas no instrumento. Sendo a classe médica 4 (5,19%) que menos participou no estudo.

No que respeita à idade dos profissionais de saúde, 46 (59,74%) dos participantes tinham idades compreendidas entre 20 e 30 anos e uma minoria 10 (12,99%) com mais de 41 anos.

2. Limitações do Estudo

Com base na descrição do projeto, basta dizer que o estudo só será realizado no Luanda Medical Center por um período específico de seis meses. Além disso, os participantes selecionados seriam aqueles encontrados na instalação no período designado do estudo.

Inevitavelmente, esta pesquisa não é isenta de seu quinhão de limitações. Consciente do fato de que a pesquisa foi realizada apenas no Luanda Medical Center, ela afirma que os resultados não podem ser simplesmente extrapolados para qualquer outra instituição de saúde em Angola e muito menos no mundo, pois cada unidade de saúde em uma região geográfica seria suscetível de problemas por conta de seus prestadores de serviços de saúde, pacientes, socioeconómicos e geográficos. Além disso, a realização do estudo por apenas seis meses implica que a pesquisa não foi capaz de considerar o impacto da familiaridade e da complacência no contexto das instalações públicas ou privadas.

Além do acima exposto, as respostas fornecidas pelos participantes só podem ser assumidas como sendo fornecidas com a maior boa fé, pois um cético pode aludir ao fato de que alguns participantes podem não ter desejado retratar a instalação como ela realmente é. Ausência de um medidor de verdade, o pesquisador só pode contar com o benefício da dúvida por parte dos participantes, implicando que os resultados e a conclusão subsequente foram apenas subjetivos e só poderiam ser substantiados pela literatura utilizada no estudo.

3. Recomendações para estudos futuros

Uma das recomendações é aumentar o período do estudo. Os estudos futuros devem-se concentrar em ampliar o tempo de estudo para mais de 12 meses de pesquisa, para identificar dimensões e fatores que possam influenciar a cultura de segurança do paciente numa instituição (54). Seria igualmente desejável desenvolver estratégia para aumentar a taxa de resposta/participação no preenchimento do questionário para se conseguir obter resultados mais robustos e mais representativos da realidade da instituição.

Outra recomendação seria um aumento do campo de estudo. Estudos futuros devem se concentrar em expandir o campo de estudo através da realização de resultados em mais de uma instituição, comparando também o resultado de diferentes instituições para identificar as variações e semelhanças.

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO

Este estudo baseou-se na noção de que promover a cultura de segurança do paciente está no centro de cuidados de saúde de qualidade, pois é um determinante crítico da capacidade de uma instituição prestar cuidados que atendam e excedam as necessidades de saúde dos pacientes, suas famílias e da comunidade como um todo.

Além disso, a organização deve considerar barreiras para a adoção e melhoria da cultura de segurança do paciente, tais como estilos ineficazes liderança, má comunicação, medo, falta de conhecimento, baixo nível de consciência, falta de recursos e alta carga de trabalho.

A este respeito, o estudo procura compreender melhor a cultura de segurança do paciente, concentrando-se na instituição Luanda Medical Center em Angola.

Existe uma cultura de segurança na instalação com possíveis melhorias em todas as dimensões e aspectos da cultura de segurança do paciente. No entanto, foi revelado que instalações inadequadas e canais de comunicação afetaram substancialmente o desempenho e a qualidade de seus serviços nos últimos 12 meses. Esta revelação é pejorativa, considerando que o espírito de trabalho equipa ou a colaboração ativa entre as partes interessadas é essencial para a concepção e desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente em qualquer estabelecimento de saúde.

No entanto, a boa relação de trabalho entre os participantes implicava que a instituição tinha atmosfera adequada para aprendizagem colaborativa e trabalho, garantindo assim que a instituição fosse capaz de mitigar os efeitos das deficiências na infraestrutura inadequada, pois através de experiências colaborativas compartilhadas, os profissionais de saúde podem aprender e crescer a partir da experiência de outro como a comunicação aberta permite que os profissionais de saúde possam assumir a responsabilidade de promover a segurança no local de trabalho, assegurando que haja um fluxo livre de informações e feedback entre os membros das equipas. Infelizmente, os participantes revelaram que suas decisões de cuidado são frequentemente influenciadas pelo que é melhor para a instituição e não pelo que é melhor para os pacientes, uma decisão que pode se tornar cara.

As questões relacionadas com a cultura de segurança são um importante domínio de atuação dos gestores em saúde, pois a cultura depende muito da liderança da organização e tem impacto na forma como a organização e os profissionais de saúde se estruturam e atuam para melhorar a segurança do doente e prestar cuidados de saúde de excelência, efetivos e com eficiência.

A área da cultura de segurança do paciente em instituições que prestam cuidados de saúde ainda não está muito estudada em Angola e até mesmo em muitos outros países. Pelo conhecimento que tenho, este é o primeiro trabalho realizado em Angola na área da Avaliação da cultura de segurança do paciente em cuidados de saúde em ambulatório. Pelo que este trabalho pode ser visto como um pequeno contributo para melhorar o conhecimento neste domínio e nesta área.

BIBLIOGRAFIA:

1. Ornelas MDF. Avaliação da cultura de segurança e dos eventos adversos nos cuidados de saúde primários. [Internet]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa; 2018. Tese de Doutoramento. [cited 2018 Oct]. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/39614>.
2. Leape LL. The preventability of medical injury. In: Bogner MS, editor. Human error in medicine. Mahwah, NJ: CRC Press; 1994. p. 13–25.
3. Sousa P, Uva AD, Serranheira F, Pinto F, Øvretveit J, Klazinga N, et al. The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Rev Port Sau Pública*. 2009; Número Especial 25 Anos: 91-103.
4. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLOS One*. 2016; doi.org/10.1371/journal.pone.0159015.
5. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. *Int J Qual Health Care*. 2015; 27(5):418–20.
6. Reime MH, Johnsgaard T, Kvam FI, Aarflot M, Breivik M, Engeberg JM, et al. Simulated settings: powerful arenas for learning patient safety practices and facilitating transference to clinical practice: a mixed method study. *Nurse Education Pract*. 2016; 21:75-82.
7. Jung B, Daurat A, De Jong A, Chanques G, Mahul M, Monnin M, et al. Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. *Intensive Care Med*. 2016; 42(4):494-504.
8. Najjar S, Nafouri N, Vanhaecht K, Euwema M. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in Palestinian hospitals. *Saf Health*. 2015; 1:16.
9. Hazan J. Incident reporting and a culture of safety. *Clin Risk*. 2016; 22(5–6):83–7.
10. Makary M. *Unaccountable: what hospitals won't tell you and how transparency can revolutionize health care*. London: Bloomsbury Publishing; 2012.
11. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007; 33: 467-76.
12. American Medical Association. Litigation stress: being sued is personal as well as professional: some programs are helping physicians cope. [Internet]. Chicago, IL: American

Medical Association; 2009. [cited 2018 Sept]. Available from: <http://www.amednews.com/article/20091102/profession/311029974/4/>.

13. Trent M, Waldo K, Wehbe-Jane H, Williams D, Hegefeld W, Havens L. Impact of health care adversity on providers: lessons learned from a staff support program. *J Healthcare Risk Man.* 2016; 36(2):27-34. doi:10.1002/jhrm.21239.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion number 551: coping with the stress of medical professional liability litigation. *Obstet Gynecol.* 2013;121:220-2.
15. Gazoni F, Amato P, Malik Z, Durieux M. The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. *Anaesth Analg.* 2012;114(3):596-603.
16. Larson K, Elliott R. The emotional impact of malpractice. *Nephrol Nurs J.* 2010; 37:153-5.
17. Winkelman M. *Culture and health: applying medical anthropology.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2008.
18. Edberg MC. *Essentials of health, culture, and diversity.* Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2012.
19. Kear T, Ulrich B. Patient safety and patient safety culture: foundations of excellent health care delivery. *Nephrol Nurs J.* 2014;41(5):1.
20. Ghahramanian A, Rezaei T, Abdullahzadeh F, Sheikhalipour Z, Dianat I. Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promot Perspect.* 2017;7(3):168–74.
21. Ornelas MD, Pais D, Sousa P. Patient safety culture in Portuguese primary healthcare. *Qual Prim Care.* 2016; 24(5): 214-8.
22. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care.* 2009;21(6):408-14.
23. Gordon S, Mendenhall P, O'Connor B. *Beyond the checklist: what else health care can learn from aviation teamwork and safety.* New York, NY: Cornell University Press; 2012.
24. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture?: a review of the literature. *J Nurs Scholarsh.* 2010;42(2):156–65.
25. Wami SD, Demssie AF, Wassie MM, Ahmed AN. Patient safety culture and associated factors: a quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:495.

26. Wakefield JG, McLaws ML, Whitby M, Patton L. Patient safety culture: factors that influence clinician involvement in patient safety behaviours. *Qual Saf Health Care*. 2010; 19(6):585-91.
27. Mwachofi A, Walston SL, Al-Omar BA. Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *Int J Health Care Qual Assur*. 2011;24(4):274–83.
28. Kim I-S, Park M, Park M-Y, Yoo H, Choi J. Factors affecting the perception of importance and practice of patient safety management among hospital employees in Korea. *Asian Nurs Res*. 2013;7(1):26–32.
29. Safarpour H, Tofighi M, Malekian L, Bazayr J, Varasteh S, Anvary R. Patient safety attitudes, skills, knowledge and barriers related to reporting medical errors by nursing students. *Int J Clin Med*. 2017;8(01):1-11.
30. Livorsi D, Knobloch M j., Blue L a., Swafford K, Maze L, Riggins K, et al. A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. *Int Nurs Rev*. 2016 Sep 1;63(3):372–6.
31. Brubacher JR, Hunte GS, Hamilton L, Taylor A. Barriers to and incentives for safety event reporting in emergency departments. *Healthc Q*. 2011;14(3):57-65.
32. Ridelberg M, Roback K, Nilsen P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nurs*. 2014 Aug 13;13:23.
33. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(1):11–8.
34. Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJM, Wagner C, Zwart DLM. Improving patient safety culture in primary care: a systematic review. *J Patient Saf*. 2016;12(3):152-8.
35. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Improving patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;23:489–506.
36. Gutberg J, Berta W. Understanding middle managers' influence in implementing patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:582. doi: 10.1186/s12913-017-2533-4.
37. Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
38. Rao PS. Sampling methodologies with applications. New York, NY: Chapman & Hall/CRC; 2000.
39. Silva NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP; 1998.
40. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1957; 16(3): 297-334.

41. Friedman M. The use of ranks to avoid the assumption of normality implicit in the analysis of variance. *JASA*. 1937; 32(200): 675-701.
42. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. 4th edition. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
43. Boussat B, Seigneurin A, Giai J, Kamalanavin K, Labarère J, François P. Involvement in root cause analysis and patient safety culture among hospital care providers. *J Patient Safety*. 2017;1. doi: 10.1097/PTS.0000000000000456.
44. Öhrn A, Rutberg H, Nilsen P. Patient safety dialogue. *J Patient Safety*. 2011;7(4):185-92.
45. Wagner L, Brush B, Castle N, Engberg J, Capezuti E. Nursing home patient safety culture perceptions among US and immigrant nurses. *J Patient Safety*. 2017;1. doi: 10.1097/PTS.0000000000000271.
46. Sandars J, Cook G. *ABC of patient safety*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2009.
47. Ginsburg L. Perceptions of patient safety culture in six Canadian healthcare organizations: final report prepared from a grant from the Canadian Patient Safety Institute (CPSI). York, UK: University of York; 2008.
48. Vincent C. *Patient safety*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2010.
49. Sammer C, Lykens K, Singh K, Mains D, Lackan N. What is patient safety culture?: a review of the literature. *J Nursing Scholarship*. 2010;42(2):156-65.
50. Reynard J, Reynolds J, Stevenson P. *Practical patient safety*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
51. Hamdan M, Saleem A. Changes in patient safety culture in Palestinian public hospitals: impact of quality and patient safety initiatives and programs. *J Patient Safety*. 2018; 14(3):e67-e73.
52. Basson T, Montoya A, Neily J, Harmon L, Watts B. Improving patient safety culture: a report of a multifaceted intervention. *J Patient Safety*. 2018;1. doi: 10.1097/PTS.0000000000000470.
53. Bishop A, Boyle T. The role of safety culture in influencing provider perceptions of patient safety. *J Patient Safety*. 2016;12(4):204-9.
54. Feng X, Acord L, Cheng Y, Zeng J, Song J. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *Int Nursing Rev*. 2011;58(2):249-54.

Anexo I: QUESTIONÁRIO SOBRE A AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NO LUANDA MEDICAL CENTER

Eu, Célia Jacira Furtado Fernandes, na qualidade de Citotecnologista do Luanda Medical Center e discente do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde da Universidade Nova de Lisboa, venho por este meio pedir a participação de todos os colaboradores neste questionário **"Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes no Luanda Medical Center"** que tem como objetivo, aplicar este instrumento para avaliar a cultura de segurança do doente desta instituição.

Este projecto de mestrado obteve desde já a concordância da direcção da Clínica Luanda Medical Center parecendo ser esta uma mais-valia para amplificar a cultura de segurança da instituição.

Tal como acontece no resto do mundo, a segurança do doente é uma preocupação que está em constante crescimento nas instituições.

A sua participação é indispensável para avaliar a Cultura de Segurança do Doente dessa organização. Não existe, resposta certa e nem errada, expresse apenas a sua opinião. Todos os questionários serão anónimos e tratados com a maior confidencialidade.

Reflecta um pouco sobre os procedimentos no seu local de trabalho e partilhe a sua opinião sobre questões que afectam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Neste questionário, "prestadores de cuidados" refere-se a médicos, enfermeiros e técnicos superiores. O termo "equipa" inclui os "prestadores de cuidados" e todos os outros profissionais que trabalham no serviço.

A "segurança do doente" é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável.

Um "evento" é definido como qualquer ocorrência que aconteceu ou afeta um doente.

Se uma pergunta não se aplicar a si, ou não souber a resposta, por favor, seleccione a opção "não se aplica ou não sei."

Responda apenas sobre a equipa específica onde trabalha, marcando com X a opção pretendida.

SECÇÃO A: A QUALIDADE E A SEGURANÇA DOS DOENTE

As questões seguintes descrevem situações que podem acontecer nos centros de saúde e que afectam a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados. Em retrospectiva, quantas vezes as seguintes situações aconteceram no seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES? Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:							
	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	3 ou mais vezes nos últimos 12 meses	1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	Não nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
Devido a um problema de saúde agudo/grave, um doente não conseguiu marcar consulta no prazo de 48 horas							
Utilização de um processo clínico que não corresponde ao do doente							
Um processo clínico não estava disponível quando necessário							
Informações clínicas foram guardadas, digitalizadas ou registadas no processo clínico do doente errado							
O Equipamento Médico (inclui computador) não estava a funcionar adequadamente ou necessitava de reparação ou substituição							
Um farmacêutico contactou o serviço para clarificar ou corrigir uma prescrição médica							
Não foi realizada uma revisão terapêutica durante a consulta							
Os resultados laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário							
Não houve seguimento de um resultado ANORMAL em exame laboratorial ou de imagem, no prazo de 1 dia útil							

SECÇÃO B: TROCA DE INFORMAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS

Nos últimos 12 meses, quantas vezes o seu serviço teve problemas na transferência de informação exacta, completa, e temporalmente adequada com: Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:							
	Problemas Diários	Problemas Semanais	Problemas Mensais	Problemas várias vezes nos últimos 12 meses	Problemas 1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	Não houve problemas nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
Laboratórios/centros de imagem externos?							
Outros serviços/ médicos externos?							
Farmácias?							
Hospitais?							
Outros?							

Se escolheu Outros, especifique

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

SECÇÃO C: NO SEU LOCAL DE TRABALHO

Qual é o seu grau de concordância com os seguintes aspectos? Por favor, seleccione uma resposta apropriada para cada item:						
	Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
Quando alguém está sobrecarregado, os colegas ajudam						
Há uma boa relação de trabalho entre os vários elementos da equipa						
Muitas vezes sentimos sobrecarga de trabalho quando estamos a cuidar dos doentes						
Os profissionais recebem formação quando novos procedimentos são implementados						
Neste serviço tratamos os outros com respeito						
Temos demasiados doentes para o número de prestadores de cuidados						
Este serviço garante que a equipa recebe a formação que necessita						
Este serviço é mais desorganizado do que deveria ser						
Temos bons procedimentos para verificar se o nosso trabalho foi realizado correctamente						
A equipa é convidada a realizar actividades para as quais não recebeu formação						
Temos o número suficiente de profissionais para prestar cuidados aos doentes						
Temos problemas com a quantidade de trabalho que temos						
Este serviço promove o trabalho em equipa na prestação de cuidados						
Devido ao número excessivo de doentes, este serviço não é capaz de prestar cuidados de saúde eficazes						
A equipa segue processos protocolados na realização de procedimentos						

SECÇÃO D: COMUNICAÇÃO E SEGUIMENTO

Com que frequência as seguintes situações acontecem no seu serviço? Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:						
	Nunca	Raramente	Às vezes	Geralmente	Sempre	Não se aplica ou não sei
Os prestadores de cuidados aceitam sugestões por parte dos outros elementos da equipa sobre como melhorar os procedimentos do serviço						
A equipa é encorajada a expressar pontos de vista alternativos						
Neste serviço alertamos os doentes quando há necessidade de se agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina						
Quando algo não parece correcto, a equipa tem receio de fazer perguntas						
Neste serviço documentamos a forma como os doentes crónicos seguem os respectivos planos de tratamento						
O nosso serviço toma as devidas medidas em relação a relatórios de exames que aguarda do exterior						
A equipa sente que os erros que comete são usados contra ela						
Os vários elementos da equipa falam abertamente sobre os problemas que existem no serviço						
Este serviço acompanha os doentes que precisam de seguimento						
É difícil mostrar qualquer tipo de descontentamento neste serviço						
Neste serviço discutimos formas de prevenir a repetição dos erros						
A equipa está disposta a discutir os erros que acontecem neste serviço						

SECÇÃO E: GESTÃO / DIRECÇÃO

É responsável / ocupa algum cargo de direcção / tem responsabilidade para tomar decisões financeiras para o seu serviço?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Qual é o seu grau de concordância com os seguintes aspectos relacionados com a direcção do seu serviço? Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: A resposta for 'Não' na pergunta anterior (É responsável / ocupa algum cargo de direcção / tem responsabilidade para tomar decisões financeiras para o seu serviço?) Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:						
	Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
Não estão a investir recursos suficientes para melhorar qualidade de cuidados neste serviço						
Deixam que os erros cometidos ao nível da prestação de cuidados de saúde continuem a acontecer						
Atribuem alta prioridade à melhoria dos procedimentos relativos à prestação de cuidados ao doente						
As suas decisões são muitas vezes baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os doentes						

SECÇÃO F: O SEU LOCAL DE SERVIÇO

Qual é o seu grau de concordância com os seguintes aspectos relacionados com a direcção do seu serviço? Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras: Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:						
	Discordo Plenamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não se aplica ou não sei
Quando há um problema no serviço, procuramos saber se necessitamos de alterar a nossa conduta						
Os nossos procedimentos são os adequados para prevenir erros que possam afectar os doentes						
Neste serviço os erros acontecem com mais frequência do que deveriam						
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que podem afectar os nossos doentes						
Este serviço muda facilmente os procedimentos com o objectivo de evitar que os erros se repitam						
Neste serviço, realizar maior quantidade de trabalho é mais importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade						
Após uma mudança no sentido de melhorar os cuidados prestados, verificamos se estas mudanças foram de facto eficazes						

SECÇÃO G: AVALIAÇÃO GERAL

No geral, como classifica o seu serviço em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde? Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:						
	Muito Fraco	Fraco	Aceitável	Bom	Muito Bom	Não sei
CENTRADO NO DOENTE (É sensível às preferências individuais do doente, suas necessidades e valores)						
EFFECTIVA (É baseada em conhecimentos científicos)						
OPORTUNA (Minimiza tempos de espera e atrasos potencialmente danosos)						
EFICIENTE (Assegura cuidados custo-eficazes (evita o desperdício, o uso excessivo e o uso indevido dos serviços))						
EQUITATIVA (Presta a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas independentemente do sexo, raça, etnia, nível socioeconómico, língua, etc)						

Em geral, como classificaria os sistemas e procedimentos clínicos que têm lugar no seu serviço para evitar, identificar e corrigir problemas que possam afectar os doentes?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

	Muito Fracos
	Fracos
	Razoáveis
	Bons
	Muito Bons

SECÇÃO H: QUESTÕES GERAIS

Há quanto tempo trabalha neste serviço?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

	Há menos de 2 meses
	Entre 2 meses e menos de 1 ano
	Entre 1 ano e menos de 3 anos
	Mais de 3 anos

Habitualmente, quantas horas trabalha por semana neste serviço?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

	1 a 4 horas por semana
	5 a 16 horas por semana
	17 a 24 horas por semana
	25 a 32 horas por semana
	33 a 40 horas por semana
	41 horas por semana ou mais

Qual é a sua posição neste serviço? Seleccione a(s) categoria(s) que melhor o caracteriza: Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

	Médico
	Enfermeiro
	Órgãos de Gestão
	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
	Assistente Operacional
	Assistente técnico
	Outra função
	Outra (especifique)

Qual a sua Idade?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

	20 – 30 anos
	31 – 40 anos
	41 – 50 anos Mais de 51 anos

SECÇÃO I - OS SEUS COMENTÁRIOS

Partilhe connosco comentários que possa ter sobre a segurança do doente ou a qualidade de cuidados no seu serviço

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Obrigado por ter concluído este questionário!

Anexo II - Pedido de Autorização para Aplicação de Questionários

Exma. Sra. Dra. Marta Dora Ornelas,

Eu, Célia Jacira Furtado Fernandes, na qualidade de Citotecnologista do Luanda Medical Center e discente do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde da Universidade Nova de Lisboa, venho por este meio pedir autorização para utilização do questionário "Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes nos cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira" que foi por vós traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa.

É meu objetivo, aplicar este instrumento para avaliar a cultura de segurança do doente no Luanda Medical Center, localizado em Luanda, Angola com uma população aproximada de 300 colaboradores.

Este projeto de mestrado obteve desde já a concordância da direção da Clínica Luanda Medical Center parecendo ser esta uma mais-valia para amplificar a cultura de segurança na instituição.

Com maior estima e consideração,

Luanda, 8 de Março de 2018

Fundal, 20 Março 2018
Nada a Opor
Marta Dora Ornelas

Célia Fernandes

Célia Fernandes